

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

16

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Décembre 1889, à une heure

PAR

Alfred KGROHEN

Né à Vannes le 18 octobre 1858

Médecin de 2^e classe de la Marine

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

DYSENTERIE PALUSTRE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LE FORT, professeur.} \\ \text{SCHWARTZ, GILBERT, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ LANNELONGUE.
	{ CORNIL.
Anatomie pathologique.....	MATHIAS DUVAL.
Histologie.....	DUPLAY.
Opérations et appareils.....	REGNAULD.
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	PROUST.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	LABOULBÈNE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	STRAUS
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ RICHET.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NLLATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

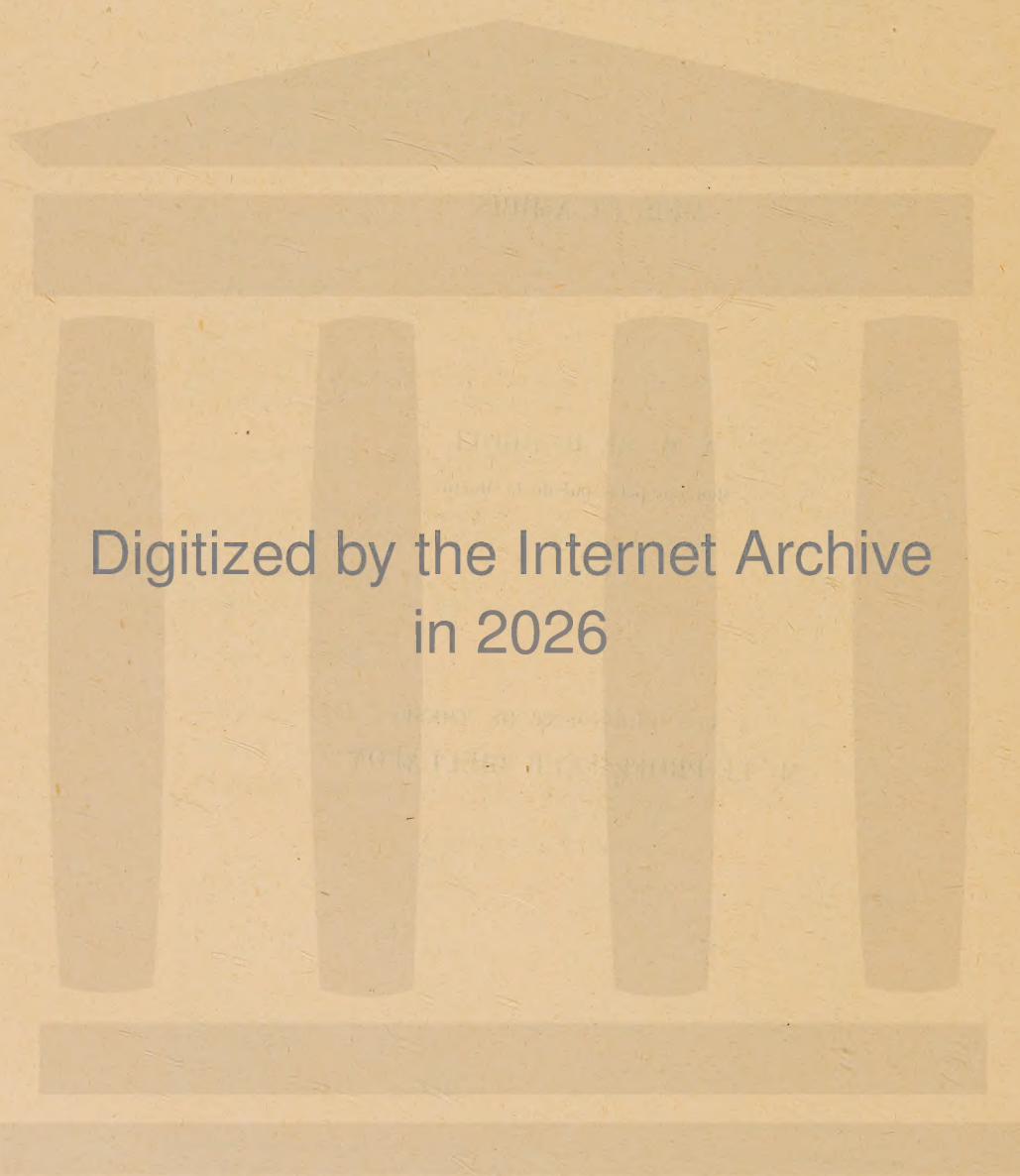
MEIS ET AMICIS

A M. LE D^r GROLL

Médecin principal de la Marine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554027_0039

AVANT-PROPOS

Nous avons cherché dans ce travail, non pas à créer une maladie nouvelle, mais à dégager des rubriques « complications » ou « associations » sous lesquelles elle se trouve actuellement rangée, une affection qui nous semble avoir droit à une existence indépendante de celle avec laquelle elle est confondue. La dysenterie d'origine palustre diffère sous bien des rapports de la dysenterie vraie. Elle frappe en grand nombre les soldats des corps expéditionnaires que l'on envoie occuper les pays neufs de la zone torride. Un récent séjour de 18 mois au Tonkin nous a permis de constater ce fait et nous avons essayé de le mettre en lumière dans ce travail inaugural.

Nous avons été puissamment aidé par M. Grall, médecin principal de la marine. En le suivant dans ses vues, nous avons constaté l'excellence de ses méthodes. Qu'il nous soit permis de lui dédier ce travail comme témoignage de notre profonde gratitude.

M. Léon Collin, après avoir fait la part du « rôle des « eaux marécageuses dans la production de la dysenterie, rôle aussi certain que l'ingestion des eaux impures « à n'importe quel titre (*Dictionnaire encyclopédique, arti-*

« cle *Dysenterie*), dit que l'inspiration de l'air des marais, « de la malaria, ne la produit pas. »

M. Béranger-Féraud, tout en n'osant pas affirmer trop haut la séparation absolue sous le rapport étiologique du paludisme et de la dysenterie, arrive cependant à cette conclusion que « la dysenterie est aussi différente du paludisme qu'une fracture de membre l'est d'une insolation ou d'une fièvre typhoïde. »

L'opinion de ces deux auteurs, partagée par M. Proust dans son *Traité d'hygiène*, opinion qui résume les tendances actuelles pour ainsi dire classiques de l'étiologie de la dysenterie, n'a pas fait de tout temps autorité en cette matière ; et pour peu que nous remontions de quelques années en arrière, nous voyons un grand nombre d'observateurs parmi lesquels nous citerons :

Ballot (Thèse, Montpellier, 1874) ; Jousset (Thèse, Paris, 1872) ; Fournier (Thèse, Paris, 1864) ; Antoine (Thèse, Paris, 1873) ; Gestin (Thèse, Paris, 1857) ; Tolairach (Thèse, Montpellier, 1874) ; Boissade (Thèse, Montpellier, 1876), etc.

Affirmer l'étroite parenté qui unit la dysenterie à la fièvre intermittente.

D'ailleurs, au siècle dernier, pour Torti, Morton, comme au siècle actuel pour les premiers observateurs de l'Algérie et parmi eux les plus autorisés : Maillot, Haspel, Cambay, etc., l'air des marais a toujours été incriminé comme étant une des causes principales de la dysenterie.

Depuis cette époque, beaucoup de travaux dirigés vers

la recherche des poisons infectieux ont amené la généralisation de l'étiologie palustre dans la pathogénie des maladies tropicales. M. Boudin (*Traité des fièvres intermittentes*, 1842) a été le grand promoteur de cette idée et du traitement de toute espèce de fièvres des pays chauds par le sulfate de quinine. — « *Naturam morborum curationes ostendunt.* » — Dutrouleau reconnaît également l'origine palustre de la dysenterie.

Les médecins anglais, qui ont publié de nombreuses relations sur les maladies de l'Inde, sont unanimes à reconnaître que la malaria est la cause la plus fréquente en ce pays de la dysenterie aiguë. Il suffit de lire les ouvrages d'Annesley (1831), Raynald-Martin (1856), Morchhead (1860), Moore (1861), Horton (*Diseases of India*), pour y rencontrer à chaque pas des observations de « *malarial dysentery*. » Plus récemment, Fayrer est venu, dans les livres qu'il a publiés sur l'Inde, donner une éclatante confirmation à cette théorie. Aitken (*The science and practice of medicine*, London, 1876) a poussé peut-être à l'exagération lorsqu'il a dit qu'il n'existe pas une contrée où il y a des fièvres intermittentes sans qu'il s'y rencontre de dysenterie.

Les médecins allemands, Fahlmann, Auguste Hirsch, qui ont écrit la relation de l'épidémie de dysenterie de Dorpat (1846), ont également constaté le début de la maladie dans les villages entourés d'une zone palustre. Griesinger, Hertz, Henbuer, dans leurs ouvrages sur les pays chauds (*Infections krankheiten*, Leipzig, 1874), parlent longuement de la dysenterie palustre, et démontrent qu'il y

a entre cette maladie et la fièvre intermittente une relation de cause à effet.

Si donc il existe entre les différents observateurs d'une même maladie une divergence d'opinion aussi complète, c'est qu'il semble qu'à notre avis la question a été mal envisagée.

Les observateurs qui ont esquissé la pathologie des pays neufs ont trop fait, sous le nom de complications, la part des distinctions morbides, ils n'ont pas, à notre avis, suffisamment saisi le lien de causalité qui rattache entre elles des affections qui, tout en présentant avec d'autres une synonymie apparente de symptômes, en diffèrent cependant au fond par leur nature et leur évolution : il y a dysenterie et dysenterie.

Nous croyons qu'il convient d'établir :

1° Qu'il y a une dysenterie d'origine palustre ; 2° que cette dysenterie d'origine palustre diffère de la dysenterie vraie. Il y a là un abus de langage, consacré par l'habitude, et ce n'est pas à nous à nous poser en réformateurs.

On a compris, sous cette dénomination un certain nombre de déterminations morbides assez éloignées l'une de l'autre, uniquement parce qu'elles présentaient un syndrome commun, celui qu'on pourrait définir sous le titre de « selles dysentériques. »

« Pour peu que le malade, comme l'a dit un de nos « collègues de la marine, le Docteur Grall (*Archives de « médecine navale*, janvier 1886), à un jour donné, ait eu « du mucus et du sang dans les selles qu'il accuse du

« ténesme rectal, on déclare qu'il est atteint de dyssen-
« terie. Ce peut être un simple processus ulcéreux dans
« le cours d'une diarrhée catarrhale ou athrepsique. Ce
« peut être et c'est le cas le plus fréquent dans les pays
« chauds, une poussée congestive du côté de l'intestin
« et du foie sous l'influence de l'impaludisme. »

Il se produit donc sous l'influence du miasme paludéen un double fait : d'une part cette crise conjective, et de l'autre une véritable réaction hyperhémique et phlegmasique de la muqueuse intestinale. Tout cela n'est pas de la dysenterie vraie et ce serait faire œuvre utile que d'établir une ligne de démarcation entre ces différents groupes de faits. Notre travail n'a pas cette portée : nous nous proposons simplement d'établir l'existence de ce groupe de faits, la réalité de ce que l'on pourrait appeler la « pseudo-dysenterie d'origine palustre. »

Il est une objection qui se trouve reproduite dans un grand nombre d'ouvrages et de thèses (Layet, Saint-Vel, Barallier, Béranger-Féraud, Bordier, etc....) et que les unicistes se complaisent à citer à l'appui de leur théorie; la voici :

A Fort-de-France (Martinique) bâti sur un terrain madréporique au fond d'une baie entourée de marécages, c'est la fièvre palustre qui domine; à St-Pierre, bâti sur un terrain montagneux, l'endémie dysentérique se montre dans toute son intensité.

Même distribution à la Guadeloupe suivant la nature du sol; la dysenterie, rare à la Pointe-à-Pitre, ville située au milieu des terres basses couvertes de marécages et de

palétuviers, est au contraire bien plus fréquente et grave à la Basse-Terre, ville située sur les premiers gradins d'un terrain volcanique.

Ce n'est pas seulement aux Antilles françaises que l'endémie dysentérique et l'endémie paludéenne paraissent chacune avoir leur foyers distincts. En Calédonie, à Taïti, il existe des marécages et au lieu de la fièvre intermittente c'est la dysenterie qu'on rencontre.

Que conclure de cette distribution géographique de la fièvre et de la dysenterie sous les tropiques. Cela prouve tout simplement que la dysenterie existe en dehors du paludisme ; à notre avis c'est même le cas le plus fréquent, mais ce que nous contestons c'est que la dysenterie ne puisse pas survenir sous la seule influence de la malaria.

Au reste-là où le miasme paludéen existe, les dysenteries sont bien loin d'être aussi exceptionnelles qu'on veut bien le croire ; et si à Fort-de-France par exemple la dysenterie est rare, il faut en chercher la raison dans le peu d'intensité du paludisme qui sévit en cet endroit.

Et puis les auteurs qui font usage de cet argument n'ont peut-être pas songé qu'un individu pouvait être fortement imprégné du miasme paludéen sans que pour cela il ait présenté d'accès de fièvre intermittente. L'accès de fièvre n'est pas le critérium absolu de l'intoxication palustre. Bien des individus qui reviennent des colonies avec la rate grosse, le foie hypertrophié, le teint pâle et fortement anémié ne sont que des individus cachectiques à un haut degré ; et quoiqu'ils n'aient jamais eu à se plaindre

d'accès de fièvre, il est difficile de ne pas reconnaître qu'ils sont en puissance de paludisme. Cet état se rencontre chez la plupart des dysentériques que j'ai vus revenir de la Martinique. La dysenterie chez eux a été la manifestation la plus visible, la plus palpable de la diathèse palustre. La phlegmasie intestinale a remplacé l'évolution périodique du miasme. Cela pourrait s'appeler une fièvre larvée (1).

Nous n'avons jamais voulu non plus prétendre que les effets de l'intoxication palustre dussent habituellement se traduire par une manifestation intestinale dysentérique. Ce fait pour être anormal ne manque pas cependant que d'être assez fréquent dans certaines régions. Là où il y a dysenterie dans un pays palustre, c'est presque toujours dans le miasme qu'il faut rechercher la cause de la souffrance intestinale; en d'autres termes, il y a entre l'infectieux palustre et certaines dysenteries des pays chauds un lien de causalité bien entrevue par Ballot. (Thèse, Montpellier 1847) lorsqu'il écrivait que cette dernière maladie, « fille de l'infection, sœur des fièvres intermittentes et continues des pays chauds, a pour cause « première l'infection miasmatique. »

Du reste nous reviendrons sur ce groupe de faits lorsque nous traiterons de la pathogénie et de l'étiologie de la dysenterie palustre.

Voici donc quel est le sujet soutenu dans cette thèse : Dès le début ou dans le déclin des fièvres d'accès, et plus

1. Tartenson, *Traité des fièvres larvées*.

spécialement dans les fièvres rémittentes du début de l'impaludisme des pays tropicaux il peut s'établir des manifestations dysentériques qui sont sous l'influence de la malaria et ne dépendent que de cette cause.

Ce n'est pas une maladie nouvelle entée sur la première; ce n'est même pas à vrai dire une complication, c'est une détermination peu habituelle, anormale même si l'on veut, au même titre que les phénomènes d'endocardite dans le rhumatisme articulaire.

Trousseau qui, dans une leçon clinique sur la dysentrie, reconnaît parmi les différentes formes de cette maladie la forme rhumatismale, signale comme caractère principal à cette forme les métastases qui se produisent en quelques circonstances du côté des articulations. D'ordinaire cette fluxion rhumatismale est assez passagère ou du moins peu profonde, et la maladie cède même en très peu de jours. Nous nous proposons d'établir qu'au même titre que l'infectieux rhumatismal l'infectieux palustre produit des phénomènes phlegmasiques du côté du gros intestin, phénomènes qui n'ont rien à démêler avec l'hypothétique *miasma dysentericum* de Kreysig.

Dans toute étude, il est rationnel d'aller du simple au composé. Aussi, dans ce travail, commencerons-nous par montrer qu'il est nombre de cas où la fièvre intermittente s'accompagne de légers flux dysentériques au cours ou dans l'intervalle de l'accès. La réalité de ces phénomènes n'est d'ailleurs contestée par personne. On parle, dans la plupart des auteurs, de « manifestations dysentériques au cours de rémittentes graves » (1), et l'on a

1. Corre, *Traité clinique des maladies des pays chauds*.

expliqué ce fait par la tendance qu'ont les maladies infectieuses à s'accompagner d'ulcérations intestinales. Mais on n'a jamais accordé à ces symptômes intestinaux qu'une médiocre considération. Nous, nous partirons de ce point acquis pour en déduire un second groupe de pyrexies dans lesquelles les désordres abdominaux mériteront tout particulièrement de fixer l'attention. Ce second groupe ne sera, du reste, que l'exagération des phénomènes dysentérique dont l'existence a été précédemment reconnue, et cette exagération constituera l'entité morbide qui, pour nous, est la *dysenterie palustre*.

Mais, avant d'y arriver, nous allons passer en revue les exemples d'impaludisme dans lesquels les manifestations abdominales seront si passagères, si accessoires, si frustes pour ainsi dire, et de si peu d'influence dans la balance pathologique que ni le médecin ni le malade n'en tiendront guère compte ; le phénomène initial, fièvre, primera toutes les autres complications. La fièvre intermittente sera le seul élément qui entrera en jeu pour constituer le diagnostic. Nous classerons dans ce *premier groupe* les cas où les manifestations intestinales ne sont qu'un épiphénomène (manifestations dysentériques).

Dans un second groupe d'observations, nous montrerons que la fièvre et la dysenterie marchent de front et que la première commande l'autre. C'est surtout de cette série d'observations que nous tirerons les conclusions de notre travail. Les manifestations intestinales auront ici sous l'influence du paludisme, une gravité variant du

moins au plus et cette complication ne sera pas, comme dans le cas précédent, une quantité négligeable ; elle deviendra un symptôme important dont le traitement s'imposera en premier lieu, parce que son retentissement sur l'organisme sera grand. Ce n'est pas à dire pour cela qu'entre le premier et ce second groupe, il y ait une séparation bien tranchée ; cette séparation n'existe pas, à vrai dire, et la subdivision que nous adoptons est toute artificielle ; elle repose sur une simple exagération de symptomatologie, et on conçoit qu'entre le moins et le plus on puisse rencontrer un grand nombre de cas intermédiaires.

Mous étudierons dans ce *deuxième groupe* les cas où les manifestations intestinales, tout en s'accompagnant d'accidents palustres, ont une importance très marquée et sont parfois prédominantes.

Enfin, dans un troisième groupe, nous rangerons les cas où l'intoxication ayant précédemment évolué à l'état latent, ne se traduira actuellement que par des phénomènes phlegmasiques du côté de l'intestin, occasionnant une dysenterie dont la cause est toujours l'impaludisme. Ce *troisième groupe* comprendra donc les cas où les manifestations intestinales sont les seuls effets de l'impaludisme.

OBSERVATION I

Fièvre rémittente du début. — (Dysenterie palustre.)

Garion, sect. ouvriers d'administration, 1 mois de Tonkin.

13 juillet. — Malade depuis 8 jours, fièvre subcontinue, exacerbations vers 3 heures dans l'après-midi, rémission marquée vers minuit. Rate grosse, selles diarrhéiques.

		à minuit.	37.2
14. — S. quinine 1 gr. 50 à prendre	4 h.	T.	38.2
	10 h. mat.		38.1

15. — T.	39.5		8 h.
	38.5	S. quinine 1 gr. 50	
	38.5		minuit, pot. ipéca, 2 gr.

Selles sanguinolentes.

16. — T.	38		8 h.
	38	S. quinine 1 gr. 50	
	38		min. potion à l'ipé-

ca et vésicatoire sur la rate.

17. — T.	37.5		8 h.
	37.6	S. quinine 1.50	
	37.5		minuit.

18. — T.	38.5	ipéca en vomitif. — S. quinine	3 h. soir.
	38		8 h. soir.

19. — T.	37.5	Quinine 1.75 au réveil. Le 20. —	T. 38.5
	38		39

S. quinine à 2 h. soir.

21. — T. 38
37.4 Quinine dans la journée et la nuit.
22. — T. 37.5 23. 38.2
38.2 38.5
24. — 38
38.5 Selles diarrhéiques, ténesmes, coliques.
25. 26. 27 et 28 — T. de 37 à 38.5
- 29 et 30. idem. S. quinine 7.50.
- Apyrexie du 31 jusqu'au 5.
- 5 août. — Malaise dans la matinée. S. quinine 1 gr. 50.
6. — Crises de coliques. T. 37.2
38
7. — 36.5 Coliques persistantes, diarrhée, 3 selles muqueuses.
8. — 37. 2. S. quinine. 1 gr. 5 h. mat.
37.6 8 h. mat. apyrexie les jours suivants, par des phénomènes abdominaux à noter.
15. — 36.3 Malaise fébrile dans l'après-midi, un peu de diarrhée, faiblesse persistante, état stationnaire.
16. 17. 18. 19. 20. — T. de 36 à 37.4
Sort le 23 août, amélioration suffisante, appétit revenu.

OBSERVATION II

Fièvre intermittente accès quotidiens. — Dysenterie légère.

Chaffin 3^e tirailleurs algériens. — 14 mois Tonkin.

23 septembre 1886. — Accès de fièvre hier et avant-hier survenant dans l'après-midi.

Depuis le mois de mai, nombreux accès de fièvre intermittente quotidiens survenant toujours l'après-midi. Paludisme antérieur dans l'Algérie.

Pas de trace de dysenterie à son entrée. Foie normal. Rate grosse. — Bronchite et signe de congestion des sommets.

A son entrée sueurs abondantes, moins à la contre-visite. S. quinine 1 gr. 75 minuit.

5 h. matin.

24. — Rate toujours grosse, sueurs profuses dans T. 37.5
la matinée, un peu de diarrhée et de sang. 38.9
38.8

25. — T. 37.5

37.7

37. On insiste sur la quinine, la fièvre diminue, le malade se sent soulagé, 3 selles liquides et un peu de coliques dans la soirée ; quelques stries de sang.

26. — 36.5

37.2

36.7 Pas de fièvre. — La dysenterie n'est plus qu'un peu de diarrhée. — Sulfate quinine 1 gr. dans la nuit.

27. 28. 29. — Disparition de tous les phénomènes fébriles et abdominaux. — Reprend son service.

OBSERVATION III

Intermittente palustre (type tierce). Diarrhée dysentérique au cours d'un accès.

Morillon 3^e zouave (paludisme en Algérie). 8 mois de Tonkin.

26 septembre. — Au Tonkin première atteinte en mai ; à cette époque, accès quotidiens.

Deuxième rechute le 24 juin (accès encore quotidiens).

En septembre, deux atteintes dont la première vers les 1^{er} jour du mois, et le 24 du même mois, fièvre le 24, apyrexie le 25, le malade dit que l'accès débute à 10 h. du matin, pas de diarrhée ni de coliques.

Le 26. — accès, T. mat. 37 — 4 h. matin.
midi 38.9 S. quinine 1.75
soir 38.5 — 8 h. matin,

Léger flux dysentérique, coliques, pas de fièvre. — (Probablement dérivation fébrile du côté de l'intestin).

27. — T. 37

37.1

37 S. quinine, 1 gr. 50 aux mêmes heures que précédemment.

28. — Pas de fièvre, les coliques et les selles ont presque disparu, le malade demande à manger : — quinine 1 gr.

29. — Pas de fièvre, quinine 0 gr. 50. — Coliques et selles anormales ont cessé.

30. — Amélioration notable.

31. — Convalescent. — La rate est encore hypertrophiée, reprend son service 3 jours après.

OBSERVATION IV

Rémittente quotidienne. (Diarrhée dysentérique légère au cours de la fièvre.) Phénomène accessoire. — M. Grall.

Bizet, soldat, train des équipages, 4 mois de Tonkin, arrive de Chu.

25 juillet. — Malade depuis 45 jours, à diverses reprises nombreuses séries d'accès intermittents, depuis 12 jours, accès quotidiens, début vers midi.

Très anémié. Rate très volumineuse. Foie un peu hypertrophié.

Ces jours derniers poussée de diarrhée bilieuse, et un peu de ténosme et coliques.

S. quinine 1.75 7 h. soir.
12 h.

5 h. mat.

26. — soir T. 38° 8.

27. — 37.2 Sul. quinine 1.75, à prendre. 3 h. soir.
8 h.

minuit.

28. — 38.5 quinine.

38.7

38.2

29. — 37.6

37.3

30. — 37.7

37.4

37. — T. 36.7 1^{er} août. 36.7. Convalescent, diarrhée a cessée.

7 août. — Coliques ; pas de réaction fébrile : l'état général se refait. On donne quinine 1 gr. dans le jour.

9. — Coliques persistantes. Ce matin peau chaude ; malaise fébrile durant toute la nuit : palpitations cardiaques, accès fruste aurait commencé la veille à 7 h. soir.

10. — fièvre, 38.8. 4 selles (mucosité et sang.)

11. — Apyrexie.

12. — Un peu de coliques cette nuit. S. quinine 1g. 6 h. soir.
8 h.

minuit.

13. — Rien de particulier. Pas de fièvre ni de coliques, mais

14. — malaise général et pas d'appétit.

15. — Coliques. Pas d'accès complet. Etat général s'améliore. Ce sont coliques nocturnes (type septaire), traduisant des effets frustrés.

25. — Fièvre à la contre-visite aurait débuté à 2 heures après midi, (crise colique).

26. — Un peu de fièvre accompagnée de poussée bilieuse.

28. — Amélioration relative, appétit revenu (2 portions).

Le 15 septembre. — Un peu de fièvre. Pas de sommeil la nuit. Pas de phénomènes intestinaux. Anémie assez profonde.

Rapatrié le 17.

OBSERVATION V

Dysenterie palustre. — (M. Grall.).

Mohamed-Ben-Ahmed, 12 mois de Tonkin, (provenant de Hoa-Moï).

27 novembre, malade depuis 2 mois, au début fièvre palustre, accès quotidiens, presque subintrants, diarrhée consécutive et plus tard dysenterie.

Paludisme en Afrique, quelques accès au Tonkin avant l'atteinte actuelle.

Cachexie. Foie normal. Rate hypertrophiée.

3 à 4 selles diarrhéiques par 24 heures, pas d'accès fébrile depuis 15 jours. S. quinine, 1.50 (à 8 h. soir et au réveil).

Fièvre le 23 au soir. Pas de fièvre ni de selles diarrhéiques à partir de cette date. — T. 36.5

Etat général médiocre. Sujet fatigué.

Le 4 décembre, 1/2 portion ; le 8, 1 portion ; le 20, 2 portions
Rapatrié le 2 janvier.

OBSERVATION VI

*Fièvre intermittente. — (Diarrhée dysentérique légère
intermittente). — M. Grall.*

Coudère, 1^{er} Zouaves, 30 octobre, 8 mois de Tonkin, provient de Na-Bath, convalescent de fièvre et dysenterie ; malade depuis le 26 octobre, accès intermittents à type quotidien 3 à 4 jours consécutifs. Diarrhée primitive, plus tard sang dans les selles et un peu de ténesme, actuellement selles simplement diarrhéiques. — T. 38.

38.5

37.7

Foie gros. Rate volumineuse. Quinine, 1.50.

* Accès ne se reproduit pas, sort guérit au bout de 10 jours.

OBSERVATION VII

*Fièvre rémittente du début (dysenterie intercurrente légère).
M. Grall.*

Boudet, 11^e chasseurs, infirmier auxiliaire (provient du service des cholériques où il s'est beaucoup fatigué) ; 5 mois de Tonkin.

Depuis 8 jours, fatigue, insomnie, malaise général ; constitution robuste.

Mouvement fébrile il y a deux jours, dans la soirée.

Diarrhée datant de 8 jours, augmentant de fréquence. Prostration, un peu de dyspnée ; embarras gastrique, ventre ballonné, douloureux à la pression.

Rate et foie peu augmentés de volume. Sensation subjective d'étouffement.

15. — T. 37,6.

39,2.

38. Selles diarrhéiques fréquentes et bilieuses. Rate a grossi. Premier malaise fébrile il y a 15 jours. Quinine, 1,50.

16. — T. 37,8. 17. — T. 37,4

38. 37,9.

37,6. 36,8. Diarrhée-muqueuse et coliques.

18. — T. 37,5.

38.

37,4. Selles muqueuses. Coliques nocturnes ; un peu de ténésme.

21. — Selle normale (type septane de la fièvre).

29. — Reprise du mouvement fébrile. — T. 37,9.

38,2.

36,5. Quinine

jugule l'accès, et la convalescence se fait lentement sans phénomènes intestinaux.

OBSERVATION. VIII

Dysenterie légère au cours d'une fièvre intermittente
(M. Grall).

Lairon, adjudant, 1^{er} pontonnier. 22 mois Tonkin. Malade depuis 2 mois à la chambre ; au début, accès intermittent presque subintrait.

Quelques jours après son entrée, douleurs asithalgiques au membre inférieur gauche avec localisation prédominante du côté du sciatique, puis dysenterie subaiguë sans diarrhée antérieure.

22 octobre. — Cette dysenterie persiste pendant quelques jours sans gêner le malade.

A l'entrée peau chaude. — T. 38,9.

38,9. Foie débordant les fausses côtes de 2 travers de doigt ; douloureux à la pression. Rate volumineuse. Ventre sensible à la pression.

23. — Pot. ipéca. S. quinine, 1,50. — T. 35,8.

38,3.

37,9. Quinine à

prendre à 6 h. le matin.

24. — T. 36,4.

37. On continue quinine, 7 h. matin.

37. et 10 h. matin.

25. — T. 36,9.

36,5. Id. Amélioration notable.

36,4.

26-27. — Etat congestif du foie accompagné d'accès de

fièvre. — T. 39,4.

37. Point hépatique assez vif. — Traitement quinine, 1,50.

Sort guéri le 2 décembre.

OBSERVATION IX

Rémittente palustre tenace (diarrhée dysentérique inter-courante). M. Grall.

Verger, artillerie marine. 14 mois de Tonkin. Constitution médiocre, teint cachectique.

13 novembre. — Première atteinte de paludisme en mai. Depuis cette date, très fréquemment saisi d'accès à type quotidien. Depuis 8 jours, accès quotidien débutant à 9 h. du matin ; intolérance gastrique, insomnie, courbature, trois selles dysentéiformes (mucosités teintées de sang) dans la journée. Rate grossie. Foie normal.

13. — (A son entrée). — T. 37,5.

39,4.

40. Quinine 1,50 à prendre :

minuit, 4 h., 8 h. matin.

14. — T. 38,4.

8 h.

38,5. Quinine 2 gr. à prendre : minuit.

39,4.

4 h.

15. — T. 38,5. La diarrhée persiste. Qui-

8 h.

39. nine, 1,75. On donne po- 10 h.

38. tion ipéca 1,50. minuit.

16. — T. 37,5.
39,2. Même prescription.
39,7.
17. — T. 38,1. minuit
38,2. Quinine 1,75 à prendre : 4 h.
39,4. 6 h. matin.
18. — T. 38,3. Depuis l'entrée, fièvre subcontinue. Rate
37,9. énorme. Diarrhée continue avec un peu
39,7. de mucus et de sang dans les selles.
19. — T. 38,2.
38,2.
38,7. Pot. ipéca et S. quinine, 1,75 à 4 h. (elle
n'est prise qu'à 6 h).
20. — T. 37,6.
38,2.
38,4. Amélioration relative. Quinine 1,50 à pren-
dre à 4 h. matin.
21. — T. 37. minuit
38,5. S. quinine, 2 gr. 3 h.
39,2. 6 h.
22. — T. 36,5.
38,7. Même prescription qu'hier.
38,6.
23. — T. 37.
38,4. Quinine : 4 h.
38,5. 8 h.
24. — T. 36,7. 25. — T. 35,8. 4 h. matin.
36,8. 37,2. Quinine, 2 gr.
37,9. 37,2. 8 h. matin.
26. — T. 35,5.
36,7. Encore un peu de diarrhée.
37.

27. — T. 36,2.

35,7. Convalescence.

36,7.

28. — T. 36,1.

36,4. :

36,5. Bonne santé, pas de diarrhée. Le mieux continue les jours suivants.

On le voit, ce cas est un cas de fièvre rémittente continue tenace, et le phénomène dysentérie y est négligeable, quoiqu'il marche de pair avec la fièvre. — (Rapatrié le 2 janvier).

Dans l'emploi de la quinine, il y a une remarque à faire, c'est une erreur sur l'horaire de l'accès qui ne débutait qu'à midi ou midi 1/2, d'où tâtonnements prolongés dans les heures d'administration de la quinine.

OBSERVATION X

Fièvre intermittente (légère dysenterie intercurrente revenant à différentes reprises). M. Grall.

Dequeune, soldat 2^e escadron train. 4 mois Tonkin. Provenient de Dong-Son.

4 août. — Malade depuis un mois. A eu une série d'accès de fièvre intermittente avec quelques jours d'apyrexie. Depuis 4 à 5 jours accès quotidiens débutant, au dire du malade à (7 h. soir) (?).

Malade depuis 24 h.; un peu de diarrhée bilieuse.

Fatigue extérieure. Usure. — Rate énorme; foie développé.

5. — Dans la nuit du 4 au 5, accès de fièvre intense du type cardialgique. — T. 40,8.

37. (soir).

Dyspnée. Respiration de Stokes. Quinine, 1,75 à prendre dans la nuit.

6. — T. 37,1. 7. — T. 37,5. 8. — T. 37,5. 9. — T. 37,5.

37,4. 37,2. 38. 37,4.

10. — T. 37,1. 11. — T. 37,2. 12. — T. 36,2.

37,2. 37,4. 36,8. Améliora-

tion.

Faiblesse persiste, a quelques selles légèrement dysentérique (mucosités et sang) ; coliques fugaces.

Sentiments de dyspnée et d'angine (fièvre larvée).

13, 14, 15, 16, 17, 18. — Pas de fièvre ; le malade se refait un peu de temps en temps. Une selle dysentérique alternant avec plusieurs selles normales.

26. — Nouveau malaise fébrile. — T. 37,8.

38. La dysenterie

a disparu. Quinine à prendre dans la nuit et la matinée.

27. — T. 37,7.

38,1. (Pas de quinine).

28. — T. 36,3.

37,4. Le malade traîne ainsi pendant 20 jours avec des alternatives de fièvre (compiquée d'accidents dyspnéiques). Jusqu'au 17 septembre, époque à laquelle il est rapatrié, état général fort médiocre. Cachexie.

GROUPE PREMIER

Je me suis borné à citer dix observations seulement, quoique à cet égard le nombre ne m'eût pas fait défaut. Le Tonkin, en effet, est un pays où l'élément palustre règne en maître avec son cortège de maladies de toutes sortes; et comme au début de toute conquête, ce sont les premiers arrivants qui, en frayant la voie à leurs successeurs, paient le plus grand tribut à la mortalité. Ajoutez à cela l'état d'hostilités continuel obligeant les troupes à battre de leurs colonnes le pays dans tous les sens, et le plus souvent dans des conditions d'hygiène déplorables, et vous aurez une faible idée du contingent de malades qu'un corps expéditionnaire de 40 mille hommes a fait passer par les ambulances du Tonkin.

Il ressort des observations précédentes que la fièvre intermittente comprend très-souvent dans ses manifestations un état phlegmasique spécial de l'intestin donnant lieu à des selles dysentériques. Tantôt c'est la fièvre qui précède cette poussée, tantôt elle l'accompagne ou la suit. A cet égard, il n'y a aucune règle bien établie. L'intensité même et la continuité même de la fièvre ne sont pas des facteurs qui puissent servir de base pour préjuger des manifestations intestinales. Elles sont si

communes au Tonkin dans le cours des accès de paludisme, que tant qu'elles ne deviennent pas trop bruyantes, on ne s'en occupe guère, et l'on se borne à traiter la cause première, la fièvre. On peut même dire que c'est un état qui est tellement lié à l'influence palustre, que personne n'y échappe ; instinctivement on interroge les organes abdominaux et sans se préoccuper outre mesure de l'état des selles lorsque le phénomène dysentérique est tout à fait accessoire ; on se borne à combattre l'accès fébrile avec la conviction qu'en combattant la cause, on supprimera du même coup les autres manifestations qui sont sous sa dépendance.

OBSERVATION XI

Fièvre intermittente grave, compliquée de congestion hépatique et pulmonaire. — Dysenterie palustre (M. Grall).

Tropl..., soldat, 23^e de ligne, entre à l'hôpital d'Hanoï le 7 novembre 1886.

Dysenterie palustre. Complication intercurrente de congestion hépatique et pulmonaire.

Depuis 5 à 6 jours, sang dans les selles, fièvre débutant 24 heures après la poussée dysentérique. Abattement extrême ; douleurs asithralgiques, céphalée vive, insomnie complète. Pas de maladie antérieure au Tonkin.

Le matin de l'entrée, température légèrement fébrile ;

sang non mélangé en quantité abondante dans les selles ;
ténesme, épreintes, 15 à 20 selles par 24 heures, constituées
par du sang et parfois par des mucosités sanglantes, par-
fois enfin par de la diarrhée bilieuse. Rate grosse. Foie
hypertrophié, douloureux à la pression.

8. — T. Mat., 38,5.

Midi, 38,6.

Soir, 39,2.

9. — T. Mat., 37,8. Nuit mauvaise, fièvre, vomissements
bilieux.

Soir, 38,6. Selles profuses, d'un vert foncé ; exa-
gération du point de côté hépatique.

Dans la nuit, crises fréquentes de dyspnée. Ce matin, cra-
chats sanglants.

10. — T. Mat., 37,5. Fatigue, abattement. Sang persistant
dans les selles.

Midi, 38,6. Dyspnée ; crachats de sang presque
pur ; foie très douloureux.

Soir, 38,6.

11. — T. 37,3. Nuit mauvaise ; selles entièrement hémor-
rhagiques.

38. Foie douloureux, mais disparition des acci-
dents pulmonaires.

37.

12. — Selles presque normales ; mais persistance des dou-
leurs asthralgiques dans les membres inférieurs.

13. — Quelques mucosités sanglantes dans les selles, qui
sont fécales et peu liquides. Disparition progressive du point
hépatique douloureux.

15. — Selles normales.

20. — Malade peut être considéré comme convalescent.

.

29 décembre. — Reprise des accidents fébrile. Fièvre subcontinue avec maxima très élevés vers le milieu du jour.

29. — T. Mat., 38,2.	30. — 39	31. — 39	
Midi, 39,6.	40,2	39,2	
Soir, 39,5.	39,5	38,5	
1 ^{er} . — T. Mat., 39,5	2. — 39,2	3. — 37	4. — 35,8
Midi, 39,9	39	37,2	36,5
Soir, 40,1	38,1	37,1	36,5

Pas de nouvel assaut de la maladie palustre jusqu'à la date du rapatriement, qui a lieu le 12 janvier.

N. B. Une dysenterie, comme celle de ce cas, ne se serait pas guérie si rapidement si elle avait été sous la dépendance de la fièvre palustre.

OBSERVATION XII

Dysenterie palustre. — Fièvre intermittente (Mort).

(M. Grall).

Cartagnié, art. marine, 3^e comp., 8 mois de Tonkin.

13 août. — Première atteinte de paludisme en mai, coïncidant avec une poussée dysentérique; depuis cette époque, diarrhée persistante.

A intervalles irréguliers, accès quotidiens.—Dernière rechute datant de 4 jours.

Accès incomplets.

A l'entrée, peau chaude; diarrhée, 10 à 12 selles par jour.

Teint terreux ; foie très gros. Rate volumineuse.

Accès de fièvre au dire du malade à 3 heures, soir (râles de bronchite à la base droite et poussée hépatique),

13. — Pot. ipéca ; quinine 2 gr. dans la matinée, le lendemain et à 10 h. matin.

14. — Pas d'accès.

15. — Fièvre, début à 4 h. matin ; diarrhée abondante. S. quinine.

16. — Pas de fièvre, mais nombreuses selles diarrhéiques. Fatigue ; selles à vide, ténésme. Quinine à 1,75 à prendre dans la nuit.

17. — T. 35,5. T. sous-normale (le malade prend du thé punché).

35,7.

35,6.

18. — Températ. normale. Dysenterie ne s'amende pas ; 8 à 10 selles (mucosités, ténésme).

19. — Temp. normale.

20. — T. 36,2.

38,2. Quinine donnée au réveil.

21. — T. 38,1.

38,9.

22. — T. 36,8. Phénomènes de collapsus, péritonisme (soit perforation, soit abcès du foie).

Mort le 24. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XIII

Dysenterie palustre et fièvre intermittente (Th. de Jousset).

B..., soldat d'inf. de marine, 24 ans ; 2 ans de séjour dans la colonie (Sénégal).

12 juin. — Anémie. Depuis 2 jours, malaise, coliques, selles bilieuses avec stries de sang.

Selles peu abondantes ont remplacés accès antérieurs.

Au port de N'Dian (Cayor), séjour de 6 mois, pas de fièvre, mais diarrhée.

A son retour à Saint-Louis, accès de fièvre quotidiens; la veille de son entrée à l'hôpital, frisson prolongé accompagné de selles bilieuses et sanguinolentes; ténesme.

A son entrée, fièvre vive (Horror); coliques le forçant à comprimer son ventre. Respiration suspicieuse, chaleur au front, membres inférieurs glacés. — Une selle sanguinolente avec quelques débris de muqueuse.

A 9 heures, T. aisselle, 32; dans la bouche, 37,8.

Sous l'influence de frictions et tisane chaude réaction; coliques sous forme de tranchées, commençant aux hypochondres et descendant vers le bassin; ténesme.

T. 39,7.

11 heures. — Maladie franchement entrée dans le stade de chaleur. Coliques reprenant avec force; sang dans les selles, ténesme. T. 39,3.

3 heures. — Diaphorèse ayant commencé à s'établir à midi, semble toucher à sa fin.

N'a plus de coliques; tendance à l'amaigrissement; les selles, au nombre de 10, à 2 h., ont cessé complètement avec les coliques. T. 38,4.

13 juin. — Fièvre tombée dans la nuit; a repris un peu dans la matinée du 13.

Dix selles sanglantes et bilieuses; langue sabunale, sèche.

Ni foie ni rate anormaux.

T. 36,9.

Le soir, selles devenues bilieuses, le ventre n'est douloureux qu'au moment des selles.

T. 36,4.

14. — Apyrexie ; grande faiblesse. Quelques selles bilieuses seulement peu abondantes.

La pression sur l'hypocondre n'est plus pénible.

Soir.— Faiblesse grande. Râles muqueux dans la poitrine.

T. 36,9.

Le malade entre en convalescence.

Quinine, 1,20, et Iodone, 1,50. — V. kina, décoction kina le soir de l'accès et le lendemain matin.

OBSERVATION XIV

Fièvre subcontinue compliquée de diarrhée. — Secondairement hémorrhagie intestinale (M. Grall).

Coir..., 11^e chasseurs, 1 mois de Tonkin, entré le 28 juin 1885.

29. — Les premiers jours, diarrhée bilieuse avec fièvre subcontinue palustre.

31.— Hémorrhagie intestinale abondante sans autres phénomènes anormaux.

1^{er} juillet. — Hémorrhagie se renouvelle.

Guérison assez rapide. Sort le 10 juillet.

T. le 28. — 36,6	29. — 38,2	30. — 38,3	1 ^{er} juill. 37,6
38,5	38	38,1	37,5

OBSERVATION XV

Dysenterie palustre (12 mois de Tonkin) (M. Grall).

Duraine, 1^{er} tirailleurs algériens, provient de Hoa-Moï.

En traitement depuis le 30 septembre pour dysenterie.

Six jours avant, accès de fièvres intermittentes. Diarrhée persiste. Première atteinte de paludisme en juin ; dans l'intervalle, une seule série d'accès.

24 novembre. — Accès surviennent après-midi au dire du malade. Anémie, teinte terreuse.

Rate très grosse, foie hypertrophié ; 6 à 7 selles par 24 heures ; point de côté splénique.

Sulf. quinine opiacé, 1 gr.

2, déc. — Amélioration des selles et de l'état général. Quinine, 0,50.

4. — Pas de quinine.

6. — Rechute de diarrhée. Cela dure jusqu'au 16 ; on reprend la quinine, 1 gr.

21. — Quinine, 1 gr. ; le 24, quinine supprimée.

9 janvier. — Accès de fièvre, début à 11 h. matin. Soir, T. 40,2.

10. — T. 37.

36,9.

11. — T. m., 37. Quinine continuée ; diarrhée bien améliorée.

Rapatrié le 15.

OBSERVATION XVI

Dysenterie palustre (paludisme), 29 octobre (service de M. Grall).

Pat..., 2^e zouaves. Depuis les premiers jours d'octobre, selles à vide, contenant sang et mucus; pas de fièvre au début; diarrhée antérieure à la dysenterie.

Première atteinte de paludisme en mars; anémie. Rate et foie hypertrophiés; spontanément douleur à la pression.

Selles bilieuses ne contenant ni mucosités ni sang. Traité par quinine du 11 au 15.

11. — Malaise fébrile, sang dans les selles. Rate très grosse. Quinine à prendre à 4 h. matin.

20. Quinine toujours continuée jusqu'au 27 (type septaire).

1^{er} déc. — Pas de sang dans les selles. Selles à vide. Quinine.

6. — Selles, mucosités et sang. Pas de réaction fébrile.

18. — On reprend quinine, 1 gr.

19. — On alimente un peu le malade, 1/2 portion.

28. — Quinine supprimée.

30. — Diarrhée abondante, point douloureux le long du colon ascendant.

4 janv. — On reprend quinine. Le 12, rapatrié; un peu d'amélioration.

OBSERVATION XVII

Dysenterie palustre (30 novembre 1885) (*Service de*
M. Grall).

Dupont, artill. marine ; presque tous les deux jours, au dire du malade, accès (type tierce) survenant dans la matinée.

A plusieurs reprises, poussées de diarrhée bilieuse et dysentérique.

État général médiocre. Foie et surtout rate hypertrophiés ; aurait eu dès son arrivée accès intermittents.

Dans le courant de mai, complication analogue de diarrhée dysentérique (pot. ipéca à la Brésil.), fièvre le jour de l'entrée.

Le 1^{er}. — Accès débutant à 10 h. du matin ; selle bilieuse.
— T. 40.6

39.5. Fièvre persistante à maxims très élevé, selles parfois bilieuses et très abondantes, parfois incomplètes et composées presque uniquement de sang, coliques très vives. Sulfate quinine, 1.50.

2. — 36.3. 3. — 36.2. 4. — 35.8.

36.4.

36.6 36.4. 36.2. Amélioration

très rapide, mange bien.

Le 9 et 10. — Quinine supprimée.

Le 11. — Malaise, vertige, fatigue, dilatation des pupilles.

Le 16. — Cet état reprend, coliques, malaise intestinal, alternatives de constipation et de diarrhée. On reprend quinine (4 h. du matin), 1 50.

Le 19. — Quinine (minuit et 4 h. matin).

Le 22. — Atténuation très légères des phénomènes.

Le 26. — On supprime quinine. — Calomel.

Le 31. — Manifestations dysentériques ; toujours les mêmes selles à vide, coliques très vives, pas de sommeil. — T. 36.2.

36.5.

36.6.

Le 4 décembre. — On donne quinine à minuit, amélioration dans les jours qui suivent.

Exeat le 10, très fatigué, rapatrié.

OBSERVATION XVIII

Dysenterie palustre.

Mongeon (artill. marine). 2 décembre. — 15 mois au Tonkin.

Malade depuis 20 jours. Sang et mucus dans les selles, pas de réaction fébrile.

En janvier dernier. — Poussée analogue de dysenterie catarrhale.

État général bon, foie et rate normaux.

Diarrhée se maintient malgré régime et les laxatifs.

Paludisme réel mais fruste.

Le 15. — On prenait quinine, 1 gr.

Le 23. — Selles dysentériques (mucus et sang), quinine. Guérison.

Paludisme déjà ancien, mais n'ayant jamais présenté d'éclat.

OBSERVATION XIX

Dysenterie palustre (M. Grall). Tonkin.

Plessis, 28^e régiment d'artillerie (10 mois de Tonkin), provient de la colonne de Ton-Maï. Du 21 au 22, dysenterie à début brusque, phénomènes très bruyants : les jours précédents accès intermittents, presque subintrants. Depuis cette date, 15, 20 selles par jour contenant beaucoup de sang et de graisse. État général bon. Rate et foie peu développés ; selles à vide formées par du mucus sanguinolent ; coliques très fortes.

Sous l'influence des purgatifs on note le 28 : selles bilieuses très abondantes ne contenant pas de sang ; coliques moins vives. T. fébrile, à la contre-visite ;

Paludisme en Afrique, accès dès l'arrivée. (Pot. ipéca, et sulfate quinine, 1.50).

29 octobre. — T. 37.8.

36.8.

37.8. Selles légèrement teintées de sang ;
insomnie de la 2^e moitié de la nuit. Rate hypertrophiée.

30. — T. 37.

37.6.

37. Mucus dans les selles. Pot. ipéca.

31. — Selles normales. — T. 36.5.

37.6.

37.5. Sulfate de quinine,

1 gr.

1^{er} nov. — 36.4.

2. — 37.

37.5.

37.9

38.5. Pas de selles depuis 24 h.,

quinine, 1.50, soir.

3. — 37.3.	4. — T. 37.1.	5. — 38.
38.	37.5.	37.5 Quinine, 1.25.
38.4.	38.1.	
6. — 37.5.	7. — T. 36.3.	8. — 36.5.
37.4.	36.7.	
	37.	37.2.

Le 10 nov. — 38.2 matin. Malaise fébrile, le 9 dans l'après-midi. Diarrhée dysentérif. peu abondante. Pot. ipéca, 2 gr. et sulfate de quinine, 1.25.

Le 11. — 37.5.

37.8. Rechute fébrile ; diarrhée n'a pas reparue. S. quinine, 1.50. Pas de fièvre.

Le 12, 13, 14, 15, 16. — Quinine continuée pendant ces jours, supprimée le 14.

Sort guéri le 10 décembre.

OBSERVATION XX

Dysenterie palustre (M. Grall).

Dup., artillerie de marine, 5 mois de Tonkin, entre le 30 novembre pour diarrhée bilieuse et dysentérique.

30. — T. Midi, 40.6.

Soir, 39. Fièvre le jour de l'entrée.

1^{er} et 2, 3 décembre.—Fièvre persistante à maxima moins élevés. Selles parfois bilieuses et très abondantes ; parfois incomplètes et composées presque uniquement de sang. Coliques très vives.

4. — Amélioration rapide. — Régime ordinaire.

Le 11. — Fatigue extrême, vertige, malaise, dilatation des pupilles.

Le 16. — Cet état est exagéré ; coliques, malaise intestinal ; alternatives de constipation et de diarrhée ; pas de mouvement fébrile.

On reprend néanmoins la quinine associée à l'opium.

22. — Atténuation très nette des symptômes.

26. — On supprime la quinine.

31. — Nouvelle rechute. Selles à vide, coliques très vives, fatigue extrême.

Sous l'influence de l'ipéca à la brésilienne (3 jours consécutifs) et de la quinine opiacée, les jours suivants, les phénomènes abdominaux disparaissent.

Mais fatigue et onémie extrêmes, imposent le rapatriement (10 janvier).

OBSERVATION XXI

Fièvre rémittente primitive. — Dysenterie secondaire.

Bertrand, sergent, tirailleurs tonkinois, 6 mois de Tonkin.

Depuis 2 à 3 mois, malaise mal défini, mais que le malade porte sur pied.

Plus tard, fièvre sans grande élévation de température ; mais déterminant une fatigue extrême, les symptômes s'aggravent de jour en jour, et le malade sollicite son admission à l'infirmierie.

Malgré le traitement, son état ne s'améliore que médiocrement, la fièvre persiste presque continue. A cinq jours du traitement, coliques tranchées très-violentes empêchant tout repos et arrachant par moments des cris au malade.

Diarrhée bilieuse, et dès le lendemain sang et mucus dans les selles.

A cette date le malade entre à l'hôpital.

A l'arrivée on note : Anémie, fatigue et usure, langue d'emb. gastrique ; peau chaude dès le matin, coliques très vives persistantes, selles le plus souvent à vide, constituées uniquement par du mucus sanguinolent, (3 ou 4) dans la journée ; à la suite d'une véritable crise de tranchées, véritable débâcle de diarrhée bilieuse ; pas de sommeil.

La rate est très augmentée de volume, sensible à la pression. Foie un peu congestionné et sensible à la pression.

Voici la courbe de la température :

	MATIN	MIDI	SOIR
15. —	37	37.6	38.8.
16. —	38.3	37.5	38.5.
17. —	37.3	37.5	38.
18. —	37.7	38	37.5.
19. —	36.8	36.6	36.5.
20. —	36.5	36.6	36.3.
21. —	36.9	37	36.2.
22. —	36.	35.5	36.
23. —	35.8	35.6	35.6.
24. —	36.2	36.4	36.6.

Accès de très longue durée débutant très-peu de temps après la visite du matin pour atteindre son maximum vers le milieu de la journée, mais se prolongeant parfois jusqu'au lendemain matin, de telle façon que les deux paroxysmes sont subintrants.

Le traitement fut dirigé contre la fièvre. Avec la fièvre disparurent les coliques ; le sang et le mucus ne se retrouvent plus dans les selles, la diarrhée elle-même ne tarde pas à

cesser sous l'influence d'un médicament adjuvant : l'opium.

A la date du 24 le malade peut être considéré comme convalescent et n'est qu'un malade atteint d'anémie palustre.

OBSERVATION XXII

Dysenterie palustre (M. Grall).

Delâhaie (tirailleur algérien, 12 mois de Tonkin, provenant de Huà-Moc). — 40 jours à l'infirmerie, pas de fièvre ni de diarrhée antérieure.

Depuis 20 jours, nombreux accès de fièvre. Début dans la matinée.

Paludisme antérieur en Afrique, dès l'arrivée au Tonkin les accès reprennent.

Etat général bon, foie normal, rate volumineuse.

Entré à l'hôpital le 28 octobre, pas de fièvre jusqu'au

Le 7 décembre. — Accès. — T. midi, 41°.

soir, 40.4. Diarrhée dy-

sentérioriforme survient. *Sulfate quinine*.

Le 8 décembre, remission. — T. matin, 36.5. Diarrhée continue.

midi, 37.4.

soir, 38.6.

Le 9 et 10. — Apyrexie.

Le 11. — T. matin, 36.9.

soir, 38.7. Accès.

Le 12. — Apyrexie. Le 13, le 14, le 15, température de 38.7.

La diarrhée est légèrement muco-sanguinolente. — Amélioration notable sous l'influence du sulfate de quinine. — Sort en état de reprendre son service.

OBSERVATION XXIII

Fièvre palustre diarrhée dysentérique consécutive.

(M. Grall).

Tiralay, sorti de l'hôpital il y a 10 jours, accès quotidiens, début dans la matinée.

État général bon. Rate hypertrophiée. Foie normal.

Au jour de l'entrée, au matin début de l'accès qui s'accompagne de dyspnée et de gastralgie.

4 janvier. Fèvres. — T. 37,3. matin.

40,3, midi.

39,7 à 4 heures.

5 janvier. — T. 30.4.

39.4.

38.4. Poussée de diarrhée bilieuse consécutive à la poussée fébrile ; quinine.

Le 7. — Température normale, diarrhée cesse.

Quinine est continuée, pas de retour de la diarrhée.

OBSERVATION XXIV

Rémittente palustre et diarrhée bilieuse (M Grall).

Bizet, soldat, train des équipages. Hôpital Hanoï, le 25 juillet 1885. 4 mois de Tonkin. Provient de Chu, où s'est faite la première attaque de paludisme.

A l'arrivée. Rate très grosse, foie un peu développé, ces jours derniers secondairement à la fièvre rémittente du dé-

but, poussée de diarrhée bilieuse. Reprise des accidents fébriles.

Le 26. — Soir, 38.8

27. — T. m. 37.8.

T. s. 38.8

28. — T. m. 38.5.

T. s. 38.7.

29. — T. m. 37.7.

T. s. 37.7. Convalescent de la fièvre de 1^{er} août en même temps que de la diarrhée.

30. — T. m. 37.7.

T. s. 37.8.

Le 7 août. — Coliques, pas de réaction fébrile.

Le 9 août. — Coliques persistantes, température sous-fébrile dans la matinée, (malaise fébrile ayant commencé dans la nuit).

Le 10 août. — Fièvre assez nette; la veille, selles nombreuses, mucus et graisse,

Le 12. — Reprise des coliques la nuit, mais pas de diarrhée.

Le 15 août. — Coliques moins vives. Ce sont accès de coliques nocturnes, traduisant des accès frustes.

Le 22. — Fièvre dès le matin, accompagnée d'une crise de coliques.

Le 26. — On note : ces jours derniers fièvre et poussée bilieuse; amélioration relative.

Le 3 septembre. — Tous les accidents ont disparu.

Rapatrié le 17 septembre.

OBSERVATION XXV

*Fièvre rémittente. — Diarrhée d'origine palustre (Tonkin).
(M. Grall).*

Maillot, soldat, 9^e escadron train. Hôpital, le 22 septembre 1885. 7 mois de Tonkin.

La nuit de l'entrée, selles très fréquentes, colorées ; les 2 nuits précédentes, crise diarrhéiques analogue. Les jours précédents malaise du début de l'impaludisme (pas de maladies antérieures).

Foie augmenté, rate également. État générale satisfaisant.

Dans la nuit du 22 au 23, accès d'étouffement, le malade se croyait perdu. Ces phénomènes dyspnéiques persistent encore dans la matinée quoique très atténués, nausées, vomissements (complications de cardialogie et d'épigastralgie), le 23 au matin. 39°5. Le soir. T. normale, dans l'après-midi, transpiration profuse.

Dès le 26, la diarrhée est guérie.

GROUPE II

Ce groupe est constitué par la véritable dysenterie palustre telle qu'on l'observe le plus souvent dans les pays chauds. Ce n'est point ici comme dans le groupe précédent une formule accessoire de la manifestation malarienne; c'est un symptôme intéressant le malade à un haut degré et il importe de combattre vigoureusement son extension. C'est, en effet, à la suite de débuts de ce genre que la dysenterie passe volontiers à l'état chronique ou tout au moins se montre sujette à des récidives. L'essence même de la dysenterie palustre est de suivre dans ses fluctuations, dans ses aléas, l'intensité de l'infectieux paludéen. Elle s'amende avec l'accès fébrile comme on peut en juger d'après les observations ci-dessus. Elle n'est souvent pas rebelle au traitement par le sulfate de quinine. Les antipériodiques ont sur elle un effet marqué, et elle ne passe guère à l'état chronique que si l'individu tombe dans une cachexie palustre confirmée, cachexie qui n'a pas de tendance à guérir spontanément dans le foyer qui lui a donné naissance.

Les phénomènes constitutifs de la dysenterie (ténésme, selles muco-sanguinolentes, etc...) ne sont pas toujours distincts de ceux de la diarrhée pure. Aussi ces deux ex-

pressions d'un même état d'impaludisme ont été souvent comprises sous le titre de dysenterie par les auteurs. Si, à l'origine, la symptomatologie diffère, elle finit par être la même lorsque ces deux affections se compliquent et se confondent.

La dysenterie palustre type, telle qu'elle est constituée par la synthèse des observations comprises dans ce deuxième groupe débute toujours par des coliques en général très vives, pseudo-continues.

Il n'y a pas, comme dans la diarrhée de Cochinchine, de borborygmès, de gargouillements, de météorisme ; le ventre présente extérieurement un aspect normal ; mais l'élément nerveux est profondément excité ; il y a comme une sorte de viscéralgie généralisée qui ne se délimite bientôt que par la localisation phlegmasique sur l'intestin. Une diarrhée bilieuse précède habituellement l'invasion de la dysenterie. Elle dure 2 à 3 jours au plus ; elle est due à la sympathie qui relie entre eux les différents appareils abdominaux. Au bout de ce laps de temps la matière dysentérique apparaît dans les selles ; la colliquation, moins abondante que lorsque la diarrhée existait à titre de phénomène prémonitoire, s'accompagne toujours d'irradiations douloureuses sur tout le trajet du gros intestin. Cette épisémasie se complète bientôt le jour même par l'apparition de ténesme, d'épreintes, d'envies fréquentes et impérieuses d'aller à la garde-robe malgré le résultat néant des efforts faits par le malade. Le caractère des selles de la dysenterie palustre n'est pas franchement hémorrhagique. On n'y constate jamais une

abondance notable de sang. Les déjections sont seulement sanguinolentes et des mucosités constituent la majeure partie de la selle. Ce fait prouve que l'appareil folliculaire est plutôt envahi en surface qu'en profondeur et la faible quantité de sang observée est une preuve que les ulcérations sont peu graves et clairsemées. Ce ne sont, à vrai dire, que de simples érosions. D'ailleurs, ainsi qu'on peut le voir d'après la plupart des observations précédentes, la maladie dure peu ; elle évolue parallèlement à la manifestation fébrile, avec elle la dysenterie commence et se termine. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la violence de l'explosion des symptômes subjectifs, peu en concordance avec la bénignité de l'affection elle-même. Il ne faut donc pas, dans le cas de dysenterie palustre, s'effrayer outre mesure lorsqu'on voit les malades se torturer sous le coup de coliques excessivement douloureuses, et se plaindre d'un ténesme insupportable. On peut les rassurer en leur disant que ce n'est qu'à ce titre que la maladie est sans gravité et qu'elle ne tardera pas à avoir une heureuse issue.

Au milieu de ces manifestations intestinales, nous voyons l'agent palustre dominer la scène et tenir sous sa dépendance le nombre et l'état des selles. Il ne semble pas y avoir de relation entre le maximum thermique et une aggravation de la poussée dysentérique, il serait intéressant de rechercher les causes sous l'empire desquelles tel individu dans telles circonstances éprouve une poussée phlegmasique du côté de l'intestin, tandis que tel autre, situé en apparence dans les mêmes conditions, en

est absolument indemne. Il y a là probablement, comme l'avait formulé J. Laure, un élément nouveau en jeu, et cet auteur opine en faveur du système ganglionnaire. Le miasme palustre se révèle, d'ailleurs, par des troubles nerveux, de l'embarras circulatoire et de la fluxion des organes internes. La sensation de froid périphérique qu'accusent tous les fébricitants n'est pas due à une autre cause.

La dysenterie palustre, telle qu'elle est créée par ce groupe d'observations, est essentiellement une maladie des pays nouvellement annexés. La maladie se manifeste en dehors de toute circonstance d'importation; elle est autochtone, et il serait inutile de chercher ailleurs que dans le miasme palustre la faculté d'une genèse toute spontanée d'un principe dysentérique en ces localités.

Ajoutons comme conclusion qu'on a l'habitude, d'après l'opinion classique, de porter dans les cas de ce genre le diagnostic de *dysenterie chez un impaludé* ou bien *Association de dysenterie et de paludisme*. Notre diagnostic à nous sera : « *Fièvre et dysenterie palustres.* »

OBSERVATION XXIV

*Dysenterie d'emblée ; la fièvre rémittente paraît n'avoir été
qu'un phénomène secondaire.*

Desplace..., soldat au 3^e zouave, 2 mois de Tonkin. Entré le 15 juin, antérieurement à l'entrée diarrhée interne profuse, ayant abouti à un processus dysentérique. Sang et

mucosités dans les selles, ténesme, épreintes ; ce sont les seuls phénomènes dont se plaint le malade.

En réalité fièvre subcontinue avec complications abdominales.

Le 19. — T. 40.

39.2.

39. A partir du 23, rémission très marquée ; le 25, apyrexie définitive.

Dès cette époque les phénomènes diarrhéiques et dysentériques avaient disparu.

OBSERVATION XXV

*Coliques et dysenterie palustres précédant l'accès. —
(rémittente continue).*

C..., brigadier, 1^{re} batterie artillerie. Vigoureux, pas de maladies antérieures, 3 mois et demi de Tonkin.

22 décembre. — Se présente à la visite, coliques très vives, envies fréquentes de défécation.

Tranchées constantes s'exaspérant de temps à autres. Selles tantôt bilieuses et sanguinolantes, tantôt à peu près normales, peu nombreuses.

T. normale, un peu de céphalalgie. Quinine 1 gr. dans la soirée. Transpiration.

Le 25. — T. 38.5, 26. — 37.8, 27. — 38.

38.8, 38.9, 36.5.

38, pot. ipéca. 38.2, 36.5.

28. — 36.

36.5.

36.4. rémission.

Les accidents abdominaux disparaissent.

Colique bilieuse. OBSERTATION XXVI

Coliques à titre de phénomènes prodromiques, secondairement fièvre subcontinue et diarrhée.

Chap. . . , brigadier, 11^e batterie, 12^e régiment d'artillerie.

Etat général excellent, pas de maladie antérieure 3 mois et demi de Tonkin.

Se présente à la visite le matin, se plaignant de coliques vives ; pas de diarrhée envies fréquentes d'aller à la garde-robe, mais selles normales. — Tranchées constantes s'exaspèrent de temps en temps, et spécialement aux premières heures de la journée. Dans la soirée transpiration abondante en même temps que répit relatif.

Traitement par les anodins et le régime.

Au 4^e jour, se déclare une fièvre subcontinue sans grand éclat, mais tenace.

Le 25 septembre 1885. T. — Mat. 38.5	le 26. — Mat. 37.8
Midi. 38.8	Midi. 38.9
Soir. 38	Soir. 38.2
le 27. — Mat. 38	le 28. — 36.
Midi. 39	36.5
Soir. 36.5	36.4

Apyrexie définitive ; la poussée fébrile s'est accompagnée d'une véritable poussée de diarrhée bilieuse qui a disparu en même temps que la fièvre.

Traitement par la potion à l'ipéca 2 gr. 50 dans 250 gr. d'eau gommeuse (à prendre dans le courant de la journée) et sulfate de quinine laudanisée 19 gr. chaque soir à 3 heures et 8 heures.

Sort de l'infirmerie le 8 janvier complètement guéri.

Le 20 du même mois reprise des mêmes accidents viscéralgiques, douleurs arrachant des cris au malade, l'obligeant à marcher courbé en deux, pas d'embarras gastrique ; pas de diarrhée, pas de fièvre. Le malade est mis au repos, on reprend le traitement par la quinine laudanisée ; au 4^e jour il peut reprendre son service.

OBSERVATION XXVII

Coliques et hémorragie intestinales à titre de phénomènes prodromiques de la fièvre palustre.

Touchon..., conducteur à la 11^e batterie du 12^e régiment d'artillerie. 4 mois de Tonkin.

Depuis quelques jours abattement des forces, malaises constant, perte absolu d'appétit ; peau chaude le matin, transpiration profuse dans la seconde moitié de la journée. (Impaludisme).

Vers le 4^e ou 5^e jour, coliques violentes surtout le matin, épreintes et ténemse ; diarrhée bilieuse ; la veille de l'entrée dans la matinée 2 à 3 selles constituées presque uniquement par du sang non caillé. Entre à l'infirmerie (15 février 1886) pas d'élévation anormale de T au thermomètre.

Traitement par la quinine laudanisée (1.20).

Au 2^e jour amélioration très nette. — Disparition des accidents du 3^e jour, cinq jours plus tard retour des accidents de même nature se compliquant cette fois d'une véritable poussée fébrile. Dès le matin la T. dépasse 38,5 le soir la T. évolue autour 38.

On reprend le traitement en y associant l'ipéca.

A la fin du mois le malade peut reprendre son service.

OBSERVATION XXVIII.

Dysenterie palustre sans fièvre guérison par la quinine.

Barr..., conducteur 12^e régiment d'artillerie. 4 mois de Tonkin, entre à l'infirmerie le 1^{er} avril 1886.

Se plaint de coliques assez vives, selles fréquentes, très bilieuses un peu de ténesme. *Rate grosse*. Foie un peu développé, sensible à la pression.

Embarras gastrique très accusé. Pas de fièvre, T normale à toutes les heures du jour et de la nuit.

Les jours précédents céphalée, accès incomplets. Malgré l'absence d'accès francs de fièvre. Traitement par ipéca et quinine, vers le 4^e jour guérison complète.

Le 8 avril. Reprise des accidents abdominaux en même temps que la poussée fébrile.

Traitement analogue. — Au bout de 3 jours le malade reprend son service.

OBSERVATION XXXIV

Diarrhée palustre sans manifestation fébrile du début.

X..., artillerie 12^e régiment, état général médiocre, pas de maladies antérieures, admis à l'infirmerie le 1^{er} avril. Se plaint de coliques assez vives, selles fréquentes fortement bilieuses, un peu de ténesme.

Rate et foie un peu développés ; sensible à la pression.

Embarras gastrique très accusé ; peu de fièvre. T normale à toutes les heures du jour et de la nuit.

Les jours précédents malaise et accès incomplets.— (C'était chez lui la première manifestation palustre) malgré l'absence de fièvre traité par quinine.

Le 4^e jour guérison complète.

Le 8 avril, reprise des accidents fébriles sans accidents abdominaux cette fois, le malade traité pendant 48 heures, put ensuite reprendre son service.

OBSERVATION XXX

Diarrhée dysenteriforme prémonitoire d'origine palustre, accès fébrile subséquents.

Maillot, 3^e escadron du train. — 7 mois de Tonkin.

22 septembre. — Cette nuit, selles très fréquentes colorées ; les deux nuits précédentes crises diarrhériques analogues, un peu de ténésme et de sang, trois selles. Pas de maladies antérieures. Un peu d'embarras gastrique.

Rate très grosse. Foie un peu hypertrophié.

Malaise intestinal du début de l'impaludisme, quinine, 1,50.

23. — A minuit accès d'étouffement, nausées, vomissements, suivis de transpiration profuse. Accès fruste de fièvre.

24. — T. normale. — Quinine, 5 h. soir
8 h. soir; amélioration, les
jours suivants, la diarrhée a disparu ainsi que fièvre.

28. — Exeat.

OBSERVATION XXXI

Dysentérie précédant l'accès fébrile.

X., 7^e batterie, 12^e régiment. 4 mois de Tonkin a déjà eu accès de fièvre. Depuis quelques jours abattement des forces, malaise constant, perte d'appétit paue chaude le matin, transpiration le soir.

Vers le 4^e ou 5^e jour surviennet coliques violentes, épeintes, ténésme, selle légèrement sanglante et muqueuse.

T. à peu près normale, 37°,1. En raison des antécédents palustres traité par s. quinine laudanisée, 1 gr. 50.

Le 2^e jour qui suit l'administration de la quinine, amélioration notable.

Le 4^e jour, disparition des accidents.

Cinq jours plus tard, retour des mêmes accidents abdominaux se compliquant cette fois de véritable journée fébrile. T. 38,5 matin.

37,5 soir.

On reprend le traitement par la quinine.

Le 5^e jour le malade reprend son service.

OBSERVATION XXXII

Fièvre intermittente tierce. — Diarrhée dysentérique palustre.

Dupille, 2^e zouave, 9 mois de Tonkin.

En mars, accès de fièvre du type tierce.

En avril première poussée de diarrhée dysentérique avec accès également tierces.

Depuis cette date deux rechutes en mai et ces jours derniers.

Depuis 5 jours, diarrhée dysentérique, 5 selles (mucosités et sang) par 24 heures.

Le 12 juin. — Accès débutant à 11 h. matin.

T. 37 minuit.

39,2 pot. ipéca. S. quinine, 1 gr. 4 h.

38 7 h.

Le 14. — Accès à la même heure (le 13 et le 15 pas d'accès) 7,8 selles (mucosités et sang).

T. 36,5 Quinine 2 gr.

38,7 Etat général bon. Rate très hypertrophiée. A la percussion déborde les fausses côtes.

37,2

Il y a cinq ans le malade a habité un pays palustre (pendant 6 mois accès quotidien).

Depuis, pas d'accès jusqu'à son arrivée au Tonkin.

Le 16. — Pas d'accès. Diarrhée persistante jusqu'au 24. Guéri par sulfate quinine. Convalescent.

Le 30. — Evacué sur Quang-Yen.

OBSERVATION XXXIII

Dysenterie palustre sans fièvre au début.

Foirault, 3^e tirailleur. Anémie, 6 mois de Tonkin, malade le 1^{er} juillet, dysenterie sans fièvre, entre à l'hôpital le 23. Dysenterie persiste jusqu'à la fin d'août.

A cette date fièvre débute par accès irréguliers.

Rate très-volumineuse. Foie hypertrophié. Enonciation extrême. S. quinine, 1,50.

Le 10 août. — Malaise s'accroît, selles nombreuses, dysentériques.

En septembre, progrès de la cachexie ; selles de plus en plus nombreuses et muco-sanguinolentes, épuisement du malade.

Décédé le 11 octobre.

OBSERVATION XXXIV

Dysenterie palustre. — Accès de fièvre intermittente.

Moureau, art. marine, 23 mois de Tonkin.

1^{re} atteinte de paludisme en mars ; accès quotidiens venant tous les quinze jours (série de 2, 3 accès).

Depuis cette date jusqu'à ce jour série irrégulière d'accès palustres.

Depuis le 20 juillet, dysenterie. — Au début, phénomènes aigus.

Ces jours derniers, simplement diarrhée. Hier, sang dans les selles.

Le 24 juillet. — L'entrée, fatigue et usure, fièvre survenue à 3 h., coliques vives, rate très grosse, foie énorme débordant de 3 à 4 travers de doigts les fausses côtes, douloureux à la pression, s. quinine, 2 gr.

26. — Pas de fièvre, point de côté hépatique disparu, pas de diarrhée.

27. — Fièvre, à 11 h. matin, coliques, pas de diarrhée.

28, 30, 31. — Pas de fièvre, pas d'accès jusqu'au 9 août, alternative de diarrhée peu doutante.

Le 9 août. — Rapatrié.

OBSERVATION XXXV

Dysenterie palustre. Accès incomplets. Mort de cachexie.

Minot, sol. 2^e zouave, 6 mois de Tonkin, anémie profonde, rate très grosse.

24 juillet 85. — Il y a 50 jours, première série d'accès. 12 jours plus tard, 2^e atteinte avec diarrhée dysentérique persistant à l'entrée. Dans la journée, la veille, et l'avant-veille accès presque subintrants.

24. — T. midi, 38,7, Calomel, 3 gr. en deux prises.
soir, 38,5

Pot. Quinine, 1 gr.
acide sulf. 9,5

25. — T. 38,5 (*ut supra*).
38,7
38

26. — T. 37,5 quinine, 1 gr.
37,7 diarrhée passe.

27. — T. matin, 37 quinine, minuit.
37,5 4 h.
soir, 37,3 8 h.

28. — T. 37 m. p.
38

29. — T. 37,3 m. p.
38,2

30. — T. 37,4
38

31. — T. 36,8 quinine 4 h.
37,6 10 h.

T. 36,5

Les 1, 2, 3, 4, pas de fièvre (quinine donnée pendant ce jour à 7 et 8 h. matin).

T. 36,8

37

5. — Diarrhée, dysentérieforme profuse, 6 selles (mucosités légèrement sanguinolentes, coliques). Pas de fièvre (accès larvé).

6 et 7. — Manifestations fébriles incomplètes, selles nombreuses, fortement colorées, mucosités, pas de sang, coliques, pas de quinine.

8 Soir. — T. 37

Soir, 38,1

9. — T. 37,3 quinine 1,30 4 h. matin.

38,3 8 h.

38

10. Matin 36,5 quinine dans la nuit.

Midi 36

Soir 38,3

11. — T. 36,8 fièvre jusqu'au 13. 36,2

38,8 37,4

38,9 37,5

14. — Apyrexie, diarrhée continue.

15. — Diarrhée moins forte. Muguet de la bouche, pas de fièvre depuis deux jours. T. soir, 37,8.

16. — T. Matin, 36,5 diarrhée bilieuse, anémie profonde, pas d'appétit.

Soir, 38,8

17. — T. 37,8. Faiblesse progressive, ne mange pas depuis hier.

18. — T. 37,8. Mort de cachexie.

GROUPE III

Dans ce troisième groupe, j'ai tâché de réunir diverses observations dans lesquelles la dysenterie prend toutes les allures périodiques de la fièvre d'accès. Elle la remplace au point que l'élément fébrile ne constitue plus qu'une apparition secondaire. Tantôt la dysenterie est un phénomène exclusif de début et nous retrouvons dans les prodromes de son invasion tous les signes précurseurs d'un accès de fièvre, malaise, céphalalgie, courbature, chaleur à la peau, et tout cela sans ascension thermique appréciable. Ces phénomènes, tout à fait du début, s'accompagnent de coliques en général très vives et de perte d'appétit. Dans d'autres circonstances, l'accès de dysenterie débute « *ex abrupto* » par des coliques tormineuses qui durent quelques jours sans que l'état des selles se modifie et ce n'est qu'au bout de 48 heures et rarement plus, que la matière dysentérique apparaît. Ces coliques ne se manifestent que rarement à l'état continu ; le plus souvent, il y a de légères rémissions suivies d'exacerbations, principalement le matin. Ces coliques, accompagnées de ténesme, d'épreintes, de dysurie, et souvent de selles à vide, accusent le type rémittent de la fièvre dont elles ne sont qu'une manifestation

larvée. De même que l'accès ou la cachexie palustre se traduit par des névralgies plus ou moins tenaces, et rebelles à tout autre traitement que celui qui combat le mal dans sa racine, de même la dysenterie qui naît sous l'influence d'un milieu paludéen est aussi une forme excessivement fréquente que revêt l'impaludisme avant de se confirmer par des accès véritables. La meilleure preuve, c'est que les individus atteints de dysenterie ont presque tous la rate et le foie plus ou moins hypertrophié et un commencement accusé d'anémie. C'est pourquoi nous voyons à bref délai les accès de fièvre se montrer. Mais, ainsi qu'il ressort des nombreuses observations, que toute atteinte de dysenterie crée chez l'individu une fâcheuse prédisposition à la récurrence. Il semble que la muqueuse du gros intestin ait acquis une susceptibilité plus grande, et sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, la diarrhée d'abord, puis la dysenterie se réveillent.

Il n'arrive pas toujours que l'établissement de la fièvre soit précédé des désordres intestinaux dont je viens de parler. Souvent la fièvre apparaît d'emblée, s'annonce avec ses allures classiques, affectant de préférence le type rémittent, et ce n'est qu'après une certaine période d'accès que les selles prennent une tournure suspecte ; la fièvre tombe alors quelquefois d'elle-même, ou bien les accès sont incomplets et la dysenterie seule continue à jouer son rôle pathologique. Elle se trouve, en général, bien de l'administration du sulfate de quinine concurremment avec l'ipéca. C'est là une preuve de plus en fa-

veur de son origine franchement palustre, et quand elle passe à l'état chronique et que la terminaison palustre se laisse entrevoir, le sujet succombe plutôt du fait même de la cachexie que de la dysenterie. Habituellement, les dysenteries palustres passées à l'état chronique ne présentent guère de réaction fébrile ; nous démontrons plus tard que toute autre est la physionomie de la dysenterie vraie aboutissant à sa période ultime.

En résumé, ce troisième groupe est une confirmation incontestable de l'influence miasmatique dans la genèse de la dysenterie ; nous y voyons cette maladie se comporter absolument comme les accès de fièvre. Nous y voyons la fièvre remplacée, absorbée pour ainsi dire par la phlegmasie intestinale, n'apparaître parfois qu'à l'état fruste, c'est-à-dire sous l'une des physionomies propres à un accès type. Ce sera dans un cas la transpiration profuse, dans un autre un excès de froid, etc., enfin, comme pour affirmer plus encore l'analogie de ces deux sortes d'effets, nous voyons l'hyperhémie intestinale se comporter toute seule comme la manifestation fébrile, sans aucun appareil accessoire qui puisse cependant trahir l'influence du miasme marécageux. A part les signes qu'offrent le foie et la rate, il n'est même pas nécessaire que l'économie soit saturée au point de présenter les symptômes d'une cachexie avancée. Nous avons au contraire remarqué que c'est chez les gens qui ont moins d'une année de séjour dans les pays chauds et principalement au Tonkin, que les manifestations intestinales se dessinaient avec le plus de fréquence et les

préparaient, s'ils n'étaient doués d'une certaine résistance physique et morale, à l'usure lente, mais sûre, que l'impaludisme devait leur causer l'année suivante avant leur rapatriement réglementaire.

PATHOGÉNIE. — ÉTIOLOGIE.

Trois ordres de causes ont été tour à tour ou simultanément invoquées pour expliquer la genèse de la dysenterie. Ce sont :

1° Les influences cosmiques *circumfusa*. Température pression barométrique, hygrométrie, électricité, etc.

2° L'hygiène alimentaire *ingesta*. Causes bromatologiques.

3° Les influences telluriques auxquelles se rattachent les effluves miasmatiques.

La plupart des auteurs qui nient l'origine palustre de la dysenterie, s'accordent à faire jouer un rôle très-important à des déviations de l'hygiène des *ingesta*, à des variations atmosphériques. On a beaucoup accusé la météorologie d'être l'origine de la dysenterie endémique des pays chauds. Un grand nombre d'auteurs tout en reconnaissant que l'ingestion d'eaux impures pouvait déterminer cette maladie, en ont surtout attribué les effets au refroidissement brusque que cette eau produisait sur l'estomac d'individus qui se trouvaient en ce moment en état de transpiration. L'exposition aux courants d'air, l'humidité constante des pieds, la fraîcheur des nuits, une constitution anémiée, débilitée par de nombreux ac-

cès de fièvre et l'abus des boissons, voilà évidemment autant de causes qui créent une propension particulière de l'individu à contracter la dysenterie. Ces mêmes causes produisent partout les mêmes effets, et dans les pays tempérés, on voit quelquefois quoique rarement cependant de fortes dysenteries survenir sous l'influence de ces causes extrinsèques. Mais jamais ces mêmes agents en tant que cause première ne détermineront sous nos climats une explosion de dysenterie endémique, comme d'après certains auteurs elles la déterminent sous les latitudes tropicales. Serait-ce que le fait de boire un verre glacée n'a pas le même effet à Paris qu'à Saïgon ? Il me semble puérile de soutenir une pareille assertion, à moins de faire la restriction suivante ; à savoir : que si les effets du verre d'eau glacée changent d'un climat à un autre, c'est que les organes qui le recoivent sont soumis à une influence morbide quelconque, sorte d'épée de Damoclès dont le verre d'eau vient trancher le fil, et donner naissance occasionnellement à une ou plusieurs manifestations pathologiques dont l'origine réelle doit être recherchée en ce qui nous concerne, dans l'imprégnation de l'économie par le miasme palustre. C'est à ce titre seulement que les influences cosmiques ou alimentaires doivent selon nous être invoquées comme causes de la dysenterie endémique. Mais à notre avis on a, de nos jours trop de tendances à négliger dans l'étiologie de la dysenterie, l'élément palustre auquel cette affection doit uniquement son endémicité.

Je lis dans beaucoup d'auteurs que la fièvre intermittente est beaucoup plus rare en automne (hivernage,

saison des pluies), et qu'à cette époque, c'est la dysenterie qui fait surtout ses ravages. Et ces mêmes auteurs concluent de cette observation qu'il y a antagonisme entre la fièvre intermittente et la dysenterie, que l'origine de l'une et l'autre maladie sont différentes. Cette conclusion me semble un peu hasardée : car on s'explique très bien ce phénomène qui n'est contradictoire qu'en apparence. Au moment de l'hivernage les terres basses sont complètement inondées ; les fermentations y sont par conséquent moins actives qu'au moment de la saison sèche, alors que le soleil agit sur les détritiques organiques de toute nature laissés à découvert par le retrait ou l'évaporation des eaux. Il y a donc dans l'air une moins grande quantité de miasme malarial, l'infectieux paludéen est plus dilué, si je puis ainsi m'exprimer, partant la fièvre intermittente perd de son intensité. Mais ces mêmes miasmes existent toujours dans l'eau. J'ajouterai même que l'époque de l'hivernage est la saison où les eaux sont les moins pures de toute l'année ; les pluies continuelles qui lavent en quelque sorte le sol ou le miasme s'élabore à l'état intensif font de chaque ruisseau autant de torrents ; les eaux se chargent ainsi beaucoup plus que dans la saison sèche de principes délétères ; elles doivent donc avoir une action nocive plus considérable. Que prises en boisson elles déterminent la dysenterie, rien de plus naturel ; c'est même par cette voie, ainsi que je le démontrerai bientôt que l'élément paludéen agit le plus efficacement sur la muqueuse intestinale. M. Jubelin dans une thèse sur l'une des possessions françaises de la Côte-d'or, après avoir démontré que la

fièvre paludéenne, qui altère si profondément et si rapidement les meilleures constitutions, prépare ainsi largement le champ au fléau dysentérique, conclut d'une façon très rationnelle à l'origine malarienne de cette affection :

« Quant à admettre un miasme dysentérique, dit-il, « rien dans nos observations ne nous en démontre l'existence. »

Un grand nombre de médecins de la marine, (MM. Rochard, Foussagrives, Mahé, etc.,) reconnaissent que la fermentation des substances végétales produit la fièvre intermittente (phytohémie), tandis que ce serait suivant eux la fermentation sur le même point des débris d'animaux (nécrohémie, zoothémie) qui produirait la dysenterie. Cette distinction d'origine me semble une affirmation sinon gratuite, au moins singulièrement peu démontrée. Je suis loin de nier que l'absorption d'eaux marécageuses en boisson soit incapable de produire la dysenterie. Mais a-t-on jamais démontré que l'ingestion d'eaux contenant des détritus organiques en plus ou moins grande abondance, d'eaux marécageuses en un mot ne donnait pas la fièvre intermittente. On cite de nombreuses observations tendant au contraire à prouver la réalité de ce fait et Boudin, dans sa *Géographie médicale*, s'est fait le défenseur de cette théorie. Il est vrai que M. Colin conteste l'authenticité de ces exemples et a découvert que là où M. Boudin a trouvé une dysenterie palustre suite d'ingestion d'eaux marécageuses, il n'y avait qu'une simple épidémie de fièvre typhoïde. Le docteur F. de Chaumont professeur d'hygiène à l'école de médecine

de Netley (Angleterre) reconnaît que la cessation des fièvres paludéennes en Angleterre était due au moins en grande partie à l'approvisionnement d'eaux plus pures, et à ce fait que les habitants de la ville ne buvaient plus l'eau des fossés, ni l'eau recueillie à la surface du sol. M. Taught, médecin-major de l'artillerie anglaise aux Indes, (*army medical reports*, vol. XVII), cite le cas d'une compagnie décimée par les fièvres intermittentes et les dysenteries, tandis que les habitants de la même ville en étaient indemnes, et attribue cet état de choses à ce que les troupes buvaient de l'eau filtrée des marais, pendant que les habitants ne faisaient usage que d'une eau de source non contaminée.

Foussagrives rapporte un grand nombre de faits comme preuve de l'influence des eaux de boisson sur l'étiologie de la dysenterie. Il a fait plusieurs observations sur les eaux de provenances diverses et en tire cette conclusion :
« Les eaux de rivières qui coulent dans les contrées ma-
« récageuses des régions tropicales, c'est-à-dire celles
« auxquelles les navires s'approvisionnent habituelle-
« ment sont les plus dangereuses de toutes; elles pas-
« sent sur un limon fangeux, détritiques de nombreuses gé-
« nérations végétales, s'embarrassent sur les racines des
« palétuviers fébrigènes, n'ont pas d'engrais, for-
« ment par les grandes crues des diverticulums lacustres
« qui leur apportent ensuite le produit délétère de leur
« stagnation. »

Il est vrai d'ajouter que ces eaux ne sont pas « impures à n'importe quel titre » comme l'écrit M. Colin ; elles

sont impures à un titre qui, s'il n'est chimiquement, est au moins pathologiquement défini.

La nature des eaux, voilà pour nous la cause la plus puissante de la dysenterie. Partout nous avons observé au Sénégal, en Cochinchine, au Tonkin, que lorsque l'eau des rivières par suite des pluies de l'hivernage devenait plus bourbeuse et plus chargée de détritns de toutes sortes, le nombre des dysentériques augmentait dans de notables proportions. Cette opinion est, du reste, partagée par Bouchardat. Ce qui démontre l'influence meurtrière de l'eau des rivières, c'est que les indigènes, moins délicats que les Européens, buvant cette eau sans la filtrer, paient à la dysenterie un tribut bien plus considérable pendant l'hivernage que dans toute autre saison. Dans certains pays ces mêmes indigènes n'ayant pas à leur disposition des filtres aussi parfaits que nous pouvons nous procurer, ne craignent pas d'exposer les eaux à une fumée épaisse et ne la consomment que lorsqu'elle a acquis à un degré très prononcé le goût désagréable que lui donne ce mode de préparation. L'eau ainsi à peu près privée d'air est encore potable et susceptible d'être ingérée sans trop de dangers pour l'économie et les particules de charbon qu'elle tient en suspension viennent la débarrasser du poison dont elle s'est pour ainsi dire saturée le long de son parcours.

L'eau est donc un facteur important dans la production de la fièvre intermittente (1) et de la dysenterie.

1. Voir Prôust, « *Traité d'hygiène*. »

Mais ne s'est-on pas basé uniquement sur des considérations d'ordre purement théorique lorsqu'on a dit comme M. Colin que l'air des marais ne produit pas la dysenterie ? Pour peu que l'on ait parcouru les pays équatoriaux (Sénégal, Indo-Chine, je ne parle que de ceux que j'ai eu occasion de voir) et que l'on se soit rendu compte de la pullulation tant végétale qu'animale qui se fait dans les terres basses et inondées par les pluies de l'hivernage, pour peu que l'on ait ensuite assisté au commencement de la saison sèche au dessèchement graduel de ces vastes plaines liquides où le retrait des eaux, quelquefois le mélange des eaux de la mer occasionne la mort de myriades de poissons, d'insectes, de mollusques, d'animalcules de toutes sortes qui vivent d'une existence éphémère au milieu de la poussée végétative qu'occasionnent les pluies de l'hivernage, pour peu enfin qu'on ait pénétré la constitution intime de ce qui fait la vase des marais, détritiques organiques de toute nature, mélange de parties végétales aussi bien qu'animales, d'où se dégagent sous l'influence d'une fermentation excessivement active des miasmes délétères, il me semble qu'il est bien difficile d'isoler l'action sur l'économie du miasme d'origine animale du miasme d'origine végétale, et de venir affirmer qu'en buvant des eaux qui contiennent à un degré à peu près égal des particules organiques de l'un et de l'autre règne, vous contracterez la dysenterie et non la fièvre intermittente, tandis que si vous absorbez ces mêmes principes par la voie respiratoire vous contracterez la fièvre intermittente et non la dysenterie. Il faudrait dans ce cas ad-

mettre que cet élément paludéen change de nature en passant de l'état de dissolution à l'état volatil, puisqu'il n'est plus apte à produire les mêmes effets. Or c'est là une théorie qui est toute d'imagination et jusqu'ici rien n'a démontré qu'elle fut l'expression de la vérité. Aussi je ne crois en aucune façon M. Bordier lorsqu'il dit dans sa *Géographie médicale* (1884) : « On peut coucher au milieu des marigots, on prendra une fièvre pernicieuse, mais on ne prendra pas une dysenterie. Pour prendre une dysenterie, il ne suffit pas de respirer les germes qui se dégagent des marais ; il faut boire l'eau de ces marais. » Il est vrai que M. Bordier pourra m'objecter qu'il n'est pas d'individu allant dans les pays chauds qui au sens strict du mot ne boive d'une façon ou d'une autre l'eau de ces pays et quelques moyens de filtration ou de purification qu'on emploie, on ne peut jamais être sûr de la débarrasser de tout germe infectieux ; et de cette façon, il mettra toujours les faits en accord avec sa théorie. A moins qu'il ne se laisse convaincre par les nombreux exemples de diarrhée et de dysenterie journellement observés à bord des navires arrivant de France à Saïgon, malgré l'usage exclusif à bord de quelques-uns de ces navires d'eaux distillées ou d'eaux prises en Europe.

Combien de nos collègues de la marine sont prêts à affirmer qu'ils ont contracté la fièvre et la dysenterie durant des parties de chasse imprudentes et trop prolongées sous un soleil ardent, et au milieu d'un pays marécageux, quoiqu'ils n'aient point durant ces parties fait

usage d'autre boisson que de celle qu'ils avaient emportée !

Certes nous croyons entièrement à la genèse de la dysenterie par l'ingestion d'eaux palustres ; nous croyons même d'après ce qu'il nous a été donné de voir tout récemment au Tonkin que l'absorption du miasme par cette voie est la cause la plus fréquente de la dysenterie. Mais si M. Lombard (*Climatologie médicale*) après avoir étudié cette maladie ubiquitaire des pays chauds se borne à constater que la fièvre intermittente et la dysenterie, coexistent à peu près constamment dans les mêmes régions, nous, nous serons plus affirmatifs et nous dirons que cette maladie ne se déclare jamais chez un individu s'il n'est sous le coup de l'impaludisme ; et si l'atteinte de dysenterie peut quelquefois, comme j'en ai cité plusieurs observations, se montrer à titre de seul phénomène dans une poussée d'impaludisme, le plus souvent l'accès de fièvre ne tarde pas à se montrer et à évoluer parallèlement à la manifestation intestinale. D'ailleurs il y a d'autres signes que l'accès de fièvre pour reconnaître chez un dysentérique l'influence palustre, et si l'examen de la rate ne suffit pas l'économie toute entière traduira sa souffrance par des symptômes extérieurs.

Quelques auteurs (cités par Talairach, Thèse, Montpellier, 1874) partant de ce fait que les rivières sont une cause d'insalubrité y ont cru trouver la cause déterminante de la dysenterie. Il est certain que la culture du riz dans l'Extrême-Orient est une culture insalubre. La préparation de la terre se fait à l'époque des premières

pluies (époque justement incriminée par plusieurs auteurs comme étant celle où la dysenterie succède à la fièvre intermittente) à l'aide de buffles que l'on fait piétiner dans la vase et cette opération réussit admirablement à dégager dans l'air les produits gazeux de la fermentation des matières putrescibles que ce sol marécageux renferme en abondance.

Est-il besoin de dire que c'est à ce dégagement de miasmes qu'il faut attribuer la dysenterie qui existe d'ailleurs dans bien d'autres pays où l'on ne cultive nullement le riz.

M. Mourson qui ne croit nullement à l'origine palustre de la dysenterie émet dans les archives de médecine navale les objections suivantes :

1° « A Madagascar la dysenterie frappe de préférence
« les hommes dont le paludisme est au début à ceux im-
« paludés depuis un certain temps. »

Qu'est-ce que cela prouve ? C'est que la détermination intestinale chez les impaludés est un phénomène précoce, ainsi qu'il ressort d'ailleurs de la plupart de nos observations. Quant à cette sorte de respect qu'à la dysenterie pour ceux qui sont impaludés depuis un certain temps, cela pourrait prouver que le dépérissement de l'individu ne crée pas « un terrain tout préparé à recevoir la dysenterie » dans un pays où les nouveaux arrivants sont seuls exposés à la contracter.

2° « Les colonies où le paludisme est le plus intense
« sont celles où la dysentérie est la moins fréquente et la
« moins grave, et inversement.... »

Cette proposition (encore qu'il faille faire exception pour la Cochinchine et le Sénégal), ne me paraît pas applicable au Tonkin et à Madagascar. Si, dans la plupart des cas où les Européens jouissent d'une tranquillité plus ou moins confortable et d'un certain degré d'acclimatement, la dysenterie est rare, quoique le paludisme soit intense, c'est qu'ils n'y sont pas exposés, comme nos soldats, à boire à n'importe quelle source et à faire des marches dans des conditions de milieu déplorable. Le caractère propre de la dysenterie palustre est de frapper de préférence les premiers explorateurs d'un pays à malaria. Dans les autres pays, c'est le plus souvent à la dysenterie vrai qu'on a affaire. D'ailleurs, si dans deux foyers paludéens, la dysenterie n'est pas en relation directe avec l'intensité du paludisme, c'est que bien souvent la manifestation dysentérique est si bénigne qu'elle disparaît avec le traitement de la fièvre, de sorte que celle-ci seule entre dans le diagnostic d'où se tirent les statistiques ; de plus, on ne tient pas assez compte de ce prétendu antagonisme qui existe entre la fièvre et la dysenterie, antagonisme dont j'ai fait justice précédemment. En outre, on n'a considéré dans les statistiques que les impaludés qui ont présenté des accès ; mais encore une fois l'accès de fièvre n'est pas le seul indice de l'intoxication palustre, et dans une foule de dysenteries où cette intoxication est indéniable, il y aurait lieu d'en tenir compte en faisant dans la colonne des fièvres intermittentes une part pour les agents impaludés qui n'ont pas présenté d'accès. On verrait alors, nous en sommes persuadés, ces colon-

nes s'augmenter considérablement de tous les dysentériques en puissance de paludisme à l'état latent.

Quant à ce mélange de dysenterie et de fièvre intermittente reconnu par tous les observateurs (Thaly, Bourrel, Roncière, Barrat, etc., etc.), nous pensons qu'il y a là autre chose qu'une simple coïncidence, qu'une simple complication, qu'une simple association : Il y a une entité morbide spéciale que nous isolerons en faisant le diagnostic différentiel d'avec la dysenterie vraie.

Nature de la dysenterie palustre.

Bichat a prouvé, et après lui Curveilhier et Breschet, dans leurs belles expériences sur l'infection générale, que la membrane muqueuse intestinale était celle que la nature choisissait ordinairement pour éliminer les agents septiques provenant de l'infection. Les anciens, qui avaient poussé à un degré admirable la science d'observation, avaient entrevu et consigné ce fait dans l'aphorisme : « le tube digestif attire le poison fébrile ». La vérité de cette proposition est péremptoirement démontrée par ce qui se passe dans les maladies qui reconnaissent pour cause évidente l'infection miasmatique. Dans le plus grand nombre des cas, les affections typhoïdes par exemple, l'effort éliminateur de la nature s'opère sur la muqueuse intestinale. Par suite, au niveau de cette membrane, la circulation augmente et parallèlement la sécrétion des innombrables glandules de sa paroi. « *Ubi irrita-*

tio, ibi affluxus. » Les contractions qui se traduisent par des coliques violentes se montrent, comme pour hâter l'expulsion, hors de l'économie des produits nuisibles. Willis, cité par M. Gestin (thèse Paris, 1857), dit que le miasme palustre porté aux intestins produit la dysenterie ; Stoll a décrit la fièvre bilieuse dysentérique et après lui Morton, Zimmermann et Sydenham, ont admis que parfois la dysenterie est un symptôme de la fièvre intermittente ; ce dernier et Cullen l'appelaient « fièvre tournée à l'intérieur et vers les intestins. »

M. J. Mahé nous apprend que les médecins de l'Inde (Morehead, R. Martin, etc.), accordent le premier rang dans le développement de la dysenterie palustre aux vicissitudes de la température, aux alternatives de chaleur extrême et de refroidissement qui impressionnent la peau. Toutes ces causes agissent par le réveil du consensus de solidarité existant entre la muqueuse digestive et la peau, en congestionnant et en troublant profondément la surface du gros intestin qui, dans les pays chauds, semble être une des parties les plus susceptibles « *pars minoris resistentiæ.* »

Que l'impaludisme tienne à une cause spécifique, à une intoxication spéciale, et qu'il ne résulte point de causes banales, telles que le refroidissement, la chaleur leur humide, c'est ce qui n'est plus mis en doute par personne. Tout le monde sait que le mélange des eaux douces et des eaux de mer, en amenant à la fois la destruction des espèces marines et de celles de l'eau douce (Dutrouleau), est une condition favorable à la production

des effluves et à l'intensité du paludisme au niveau des deltas et des estuaires des grands fleuves.

Quant à la nature, à la constitution morphologique ou chimique du poison malarien, elle est encore complètement inconnue. Est-ce un poison analogue à un gaz toxique ? c'est peu probable ; car l'accès de fièvre, ainsi que le fait remarquer Proust, a souvent une incubation assez longue, et en cela on peut le rapprocher des maladies zymotiques. Est-ce un ferment ? Salisbury a attribué à une algue du genre « *Palmella* » le pouvoir de déterminer la fièvre intermittente. Mais cette hypothèse n'est plus admise aujourd'hui.

D'après Requin (*Spécificité*, thèse de concours, 1854), l'infection miasmatique est l'analogue de l'empoisonnement par le gaz délétère. Comme lui, elle procède d'un principe qui est introduit dans le torrent de la circulation, qui va porter son action élective sur un organe ou un appareil, quelquefois même sur tous les organes que pénètre le fluide qui le charrie. Le poison se révèle non seulement par ses effets, mais encore par l'analyse qui en détermine la nature. Le poison infectieux ou miasmatique n'est connu que par les symptômes et les lésions anatomiques qu'il produit. Mais si sa nature ou même son existence ne peuvent pas se prouver par l'analyse, elles se déduisent logiquement de ses effets et sont aussi rigoureusement admissibles que celles des agents chimiques. Or, le miasme palustre est dans les pays chauds la cause spécifique par excellence. Ce qui ne veut pas dire qu'elle ne puisse se passer du concours très puissant que lui prête la météorologie de la zone torride.

En somme on n'est pas encore fixé sur le compte de l'agent matériel qui donne la fièvre des marais. M. Proust résume l'état actuel de la science à ce sujet en concluant « à l'existence d'un miasme animé agissant à la façon « d'un ferment et donnant lieu à la décomposition des « matières végétales et animales ; les zymoses ont pour « caractère de se limiter, de se terminer dans un temps « plus ou moins long ; la maladie paludéenne est chronique par excellence ; sous ce rapport ses allures rappellent plutôt celles d'une intoxication due à un poison « qui se fixe et s'élimine lentement. »

Quant au mode de diffusion de ce miasme il est certain que c'est l'air qui surtout lui sert de véhicule et que sa voie de pénétration favorite est la muqueuse respiratoire. Néanmoins son absorption par les eaux potables ne doit pas être mise en doute.

Ce n'est pas seulement dans l'air ou dans l'eau que séjourne l'agent palustre ; il existe aussi dans le sol. A la suite du congrès de Cassel (septembre 1878) le professeur Klebs de Prague ayant étudié la nature du miasme palustre dans l'Agro Romano est arrivé à la conclusion suivante : « Le poison malarial se trouve en abondance dans « le sol des régions palustres, (innoculations à des lapins) « même dans la saison où généralement l'homme ne « contracte pas la fièvre des marais. »

Qui ne sait du reste que les bouleversements du sol, soit pour défricher, soit pour assainir un terrain, occasionnent chez les ouvriers employés à ce travail de véritables épidémies de fièvre intermittente et même de

dysenterie. Les exemples de ce genre abondent. C'est ce qui faisait dire à Lind, avec plus d'humeur que de justesse (*Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, T. 1, page 210, Paris, 1785), que le seul fait de creuser une tombe dans le sol vierge de l'Inde peut devenir mortel pour un européen. Lorsque les choses sont ainsi, dit-il, on devrait dispenser les amis du défunt d'assister à ses funérailles. Il est certain que, sans être aussi pessimistes que l'écrivain anglais, toutes les fois que l'on remue des terres marécageuses, on expose à l'air des couches profondes, non aérées, fertiles en débris organiques, où la fermentation se fait peu à peu en donnant naissance à des miasmes dangereux,

En résumé, pour nous, la dysentérie, observée au Tonkin aussi bien que dans tous les pays chauds, n'est qu'une manifestation du miasme paludéen au même titre que l'accès de fièvre intermittente. Dès longtemps les médecins anglais qui ont écrit la pathologie de l'Inde avaient admis la réalité de ce fait et Moore (*Manual of diseases of India*, 1861) d'accord en cela avec Messrs Grant, Hare, et d'autres, écrivait : « Il a été démontré que l'influence
« malarienne détermine la diarrhée ; il est indubitable
« que dans les états cachectiques de l'économie la dysen-
« terie provient de la même cause. »

Ce n'est pas d'ailleurs une théorie nouvelle que celle qui consiste à admettre que la dysenterie étant une manifestation fréquente de la diathèse palustre, il arrive souvent que l'accès au lieu de passer par ses trois étapes classiques se transforme en une poussée du côté de l'in-

testin ; et cette hypercrinie concorde singulièrement avec la théorie humoristique des anciens médecins de Montpellier qui ne voyaient dans cette détermination qu'un effort de la nature pour se débarrasser par l'émonctoire intestinal d'un poison qui la gêne. Il y aurait peut être lieu de rapprocher de cette théorie l'explication de M. Laure qui ne voyait dans la dysenterie endémique des pays chauds, qu'une névrose du système ganglionnaire, névrose d'origine infectieuse.

Une autre preuve qui démontre assez bien le rôle de prothée que joue le miasme palustre est citée par M. Boissadé dans ses recherches sur la diarrhée de Cochinchine. Il raconte que dès le début de la conquête de la Cochinchine les rapports des médecins font à peine mention de l'endémie diarrhéique. « Et M. le professeur Thomas pendant un séjour de deux ans dans ce pays « n'en entendit même pas parler. Ce n'est qu'en France « un peu plus tard qu'il eut occasion d'en observer les « premiers cas. » Il y a eu sans doute depuis (soit par le fait de remaniements de terres, ou d'une autre façon) une modification intime dans la manifestation de l'élément hydro-tellurique. Car la fièvre intermittente qui était excessivement répandue dès le début de l'occupation de la Cochinchine, a considérablement diminué depuis l'apparition de la diarrhée. Il en est de même de la dysenterie ; l'accès de fièvre souvent accompagne cette maladie ; d'autres fois celui-ci avorte, et la complication intestinale s'y substitue.

DIAGNOSTIC

Nous allons établir dans ce chapitre que la dysentérie palustre est une entité morbide spéciale, distincte des autres affections qui peuvent avoir quelques points de commun avec elle. Notre diagnostic différentiel portera d'abord et surtout sur la *dysentérie vraie*. Ensuite nous différencierons la dysentérie que nous étudions de la *fièvre pernicieuse à forme dysentérique* qui fait l'objet des thèses de MM. Joussé et Daullé. Enfin, nous la séparerons des autres formes d'*entérorrhagies liées ou non aux hémorroïdes*, phénomènes qui ne sont pas très rares sous les tropiques.

Diagnostic différentiel d'avec la dysentérie vraie.

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à l'un de nos collègues de la marine, le docteur Grall, qui nous a inspiré cette thèse, la citation suivante : « Dans les
« cas qui relèvent de l'étiologie palustre, voici ce qui se
« passe : dans le cours de la fièvre rémittente du début,
« au moment de la reprise d'une série d'accès intermit-
« tents, souvent deux à trois jours avant que le proces-
« sus fébrile ne s'établisse, rarement comme phénomène

« initial, il se fait du côté du système porte et spéciale-
« ment du réseau hépatique une véritable poussée con-
« gestive. Il en résulte une diarrhée bilieuse ; il n'est pas
« rare d'y retrouver quelques filets de sang, et bientôt
« du mucus. Le ténesme apparaît au deuxième ou troi-
« sième jour. Le passage de ces matières irritantes a dé-
« terminé de la rectite. Mais ces manifestations dispa-
« raissent le plus souvent avec la fièvre pour reparaitre
« à une nouvelle rechute ; les selles sont surtout bilieuses
« et non pas dysentériques ; en dehors de l'exacerbation
« fébrile, des crises de coliques, la répercussion sur
« l'état général est peu de chose ; les phénomènes dy-
« sentériques eux-mêmes sont très atténués. Il en est
« de même pour les selles muco-sanguinolentes et bi-
« lieuses qu'on peut observer chez les impaludés en de-
« hors de toute réaction fébrile. Dans ces conditions on
« assiste à de véritables crises paroxystiques qui ne sont
« autres que des accès larvés.

« La guérison s'obtient facilement, mais les rechutes
« sont fréquentes. Dans la dysenterie vraie, le pronostic
« est plus sombre et le tableau plus chargé. La dysente-
« rie vraie, on ne saurait trop le dire, est une maladie
« générale, infectieuse, véritable phlegmon diffus de la
« sous-muqueuse, à évolution septicémique et gangré-
« neuse. Les lésions intestinales sont très accusées dès le
« début ; on en retrouve la trace dans les selles. Ce sont
« de véritables flux hémorrhagiques, à odeur putride, où
« naissent de véritables exfoliations de la muqueuse. La
« fièvre est au début celle d'une phlegmasie ; mais du

« troisième au quatrième jour c'est une véritable fièvre
« putride.

« La répercussion du côté de la séreuse péritonéale
« est constante, les ganglions sont tuméfiés, enflammés,
« d'où un habitus spécial et cet ensemble de phénomènes
« que l'on a caractérisés sous le nom de péritonisme.

« Le foie est toujours atteint ; il est augmenté de vo-
« lume, douloureux spontanément et à la pression, avec
« irradiations du côté de l'épaule et des lombes.

« Il se forme des abcès de foie, ou il se fait des pous-
« sées de péritonite vraie avec ou sans perforation.

« La convalescence, quand elle s'établit, est toujours
« longue et très accidentée. »

Il résulte des considérations précédentes qu'il y a entre la sémeiotique de la dysenterie palustre et celle de la dysenterie vraie une différence sensible qui repose sur la nature même de ces deux affections, c'est ce qu'il ne faut pas oublier lorsqu'il s'agit de leur traitement.

J'ai résumé dans le tableau suivant les principaux traits de dissemblance :

Dysenterie vraie au début	Dysenterie palustre au début
Maladie très grave, septicémique. Gangréneuse. Endémo-épidémique. Contagieuse. Courbe thermique spéciale.	Maladie bénigne. Ulcéreuse. Endémique. Non contagieuse. Courbe thermique des fièvres rémittentes.
Lésions intestinales très accusées. Hémorrhagies. Exfoliations des muqueuses. Selles à odeur putride.	Lésions intestinales peu accusées. Quelques filets de sang dans les selles. Selles bilieuses sans odeur spéciale.
Fièvre putride dès le troisième ou quatrième jour.	Fièvre précède habituellement de 2 à 3 jours l'apparition de la maladie.
Habitus péritonéal (péritonisme). Foie hypertrophié, douloureux, s'y forme des abcès.	Rien du côté du péritoine. Foie quelquefois congestionné peu douloureux ; ne s'y forme pas d'abcès.
Convalescence longue. Mortalité très grande.	Convalescence rapide. Récidives fréquentes.

La dysenterie palustre est toujours un phénomène secondaire, consécutive soit à une poussée bilieuse du côté du foie, soit à une véritable crise hyperhémique du côté de l'intestin. Souvent d'emblée, toujours dès le début, il se produit une réaction phlegmasique du côté de la muqueuse dans les points où les matières irritantes ont de la tendance à séjourner quelque peu (ampoule rectale, liliaque, ampoule cœcale). Par cela même cette dysenterie présente assez longtemps le caractère particulier d'une diarrhée dysentérioriforme. La diarrhée bilieuse est le phénomène prédominant ; il s'y ajoute fréquemment, mais non à toutes les selles du mucus sanguinolent.

En dehors des paroxysmes fébriles auxquelles elle survit, la maladie affecte des allures hésitantes et capricieuses. La consistance et l'aspect des selles sont très variables, non seulement d'une journée à l'autre, mais d'un moment à l'autre de la journée. Les coliques sont très vives, au point d'arracher des plaintes aux malades.

On peut dire, du reste, de toutes ces manifestations qu'en même temps qu'elles sont peu durables, elles sont bruyantes à l'extrême. La répercussion sur l'état général est loin d'être la même que dans la dysenterie vraie.

Ce fait est reconnu par M. Mourson, lorsqu'il écrit dans les Archives de médecine navale : « Cette aptitude des « paludéens à être ainsi atteints par l'infectieux (?) dysentérique a souvent pour conséquence une diminution « dans l'intensité de la maladie intestinale produite..... « Aussi dès que le paludisme est annihilé par la quinine, « reste-t-elle dans la plupart des cas bénigne. »

On retrouve ici cette différence si fréquente en pathologie entre les maladies en quelque sorte de surface où la scène morbide est bruyante à l'excès et celles qui atteignent l'organisme dans les parties vitales et dans lesquelles cependant le malade s'agite et se remue beaucoup moins.

A cette première période, le diagnostic différentiel nous semble assez facile à établir, d'après les données précédentes, entre la dysenterie vraie et la diarrhée dysentérique d'origine palustre. Mais l'une et l'autre de ces

formes peuvent aboutir à un processus commun, la dysentérie chronique, véritable « *caput mortuum* » de la pathologie exotique, auquel conduisent également les diarrhées endémiques. A cette date le problème du diagnostic est beaucoup plus compliqué.

Maillot qui, dans son *Traité des fièvres*, a beaucoup écrit sur la gastro-entérite chronique, que ses prédécesseurs, comme Montfalcon, appelaient l'iléo-colite chronique, n'hésite pas à affirmer qu'elle résulte du retard que l'on apporte dans les premiers mois à enrayer les accès : « En arrêtant, dit-il, de suite la marche de la fièvre intermittente, on prévient la lésion anatomique dont la diarrhée n'est que la révélation. On ne met pas à l'abri des rechutes, il est vrai, mais comme à chaque récurrence il n'y a qu'un ou deux accès, les tissus, à peine ébranlés par les congestions, ont eu le temps de se remettre avant de recevoir une nouvelle secousse, et alors il en résulte que la fièvre reste dans les conditions qu'elle avait au début. »

J'ai retrouvé dans la *Gazette médicale* de Paris une conférence faite par le docteur Constantin Paul le 4 août 1870 sur la dysenterie à la Faculté de médecine de Paris. C'était à cette époque désastreuse où l'on s'occupait beaucoup de la création d'ambulances autour de Paris, et il était utile d'apprendre à se tenir en garde contre ce terrible fléau (1) qui sévit dans les camps, dans les villes, dans les hôpitaux, dans les navires, partout enfin où

1. Ne pas confondre la dysenterie vraie dont il est ici question avec le sujet de cette thèse.

l'encombrement, joint à l'absence de toute hygiène, vient donner naissance au poison typhique. Après avoir étudié longuement cette forme de dysenterie, la plus fréquente, la dysenterie épidémique, qui devient infectieuse par l'absorption des déjections fétides, il en arrive à parler d'une autre espèce de dysenterie qui relève « de l'influence « paludéenne en offrant une marche, un pronostic parti- « culier et en demandant un traitement spécial » ; cette forme de la dysenterie est caractérisée par ce fait qu'aujourd'hui les symptômes sont très accusés, tandis que demain ou après-demain ils seront très atténués, pour redevenir plus accentués le jour suivant : « Vous « reconnaissez, dit M. C. Paul, la forme paludéenne au « type intermittent ou au moins rémittent. La dysenterie « disparaît et l'individu reste avec son intoxication palu- « déenne. »

Diagnostic différentiel d'avec la fièvre pernicieuse dysentérique.

MM. Jousset et Daullé dans leurs thèses inaugurales ont donné la description d'une forme de la fièvre intermittente qu'ils appellent la fièvre pernicieuse dysentérique. Dans les observations qu'ils ont citées à l'appui de leur thèse, il est facile de voir qu'il n'est pas du tout question de dysenterie. M. Jacoud la cite parmi une des particularités de la dysenterie des pays chauds ; la fréquence de l'élément paludéen ferait pour lui de la dysenterie une fièvre pernicieuse dysentérique à forme tierce

ou double tierce, fièvre que l'on peut placer à côté de la dysenterie avec ictère sans maladie du parenchyme hépatique, avec catarrhe duodéal. M. Woillez, dans son *Dictionnaire de diagnostic médical*, la met aussi dans les formes de la dysenterie liée à une intoxication paludéenne. Dutrouleau n'en parle point ; mais Griesinger confond, en somme, la fièvre qu'il appelle cardialgique avec la pernicieuse dysentérique que nous envisageons.

Cependant, les différences que présentent ces deux maladies, ainsi que le fait remarquer M. Barallier (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*) sont sensibles, et Saint-Vel dans son livre des maladies des régions tropicales, insiste sur la différence qu'il convient d'établir entre la fièvre pernicieuse dysentérique et la dysenterie qu'elle ne fait que simuler et avec laquelle elle n'a aucun lien. Dans le cas présent, l'expression de pernicieuse dysentérique est fort mal employée, puisque les selles n'ont nullement le caractère dysentérique, que le ténesme manque, et que l'anatomie pathologique ne révèle en aucune façon les lésions intestinales propres à la dysenterie d'origine palustre. La fièvre pernicieuse dysentérique se distingue encore de la dysenterie aiguë par ses caractères généraux et aussi par les symptômes qui leur sont communs. Quelquefois c'est après des accès de fièvre simple que la pernicieuse dysentérique apparaît. D'autres fois elle se montre telle dès le premier accès ; le malade croit à l'invasion d'une dysenterie, puis les accidents se calment, et le jour même ou le lendemain un accès plus violent survient. Les évacuations alvines ont

une teinte plus pâle, sont moins mélangées de mucosités; plus séreuses, plus abondantes et provoquent une douleur abdominale plutôt que du vrai ténesme. Au début des accès la respiration froide, les phénomènes d'algidité qui accompagnent la marche rapide des autres symptômes établissent nettement le diagnostic que les commémoratifs contribuent à éclairer. Il n'est pas rare de voir disparaître les accidents intestinaux à mesure que l'algidité fait des progrès. Il résulte donc que la fièvre à forme dysentérique n'est pas une dysenterie compliquée de fièvre, comme le dit Jaccoud, mais une fièvre le plus souvent algide à laquelle vient s'ajouter un élément que, faute de mieux, on appelle dysentérique, quelque impropre que soit l'expression.

Diagnostic d'avec les autres formes d'entérorrhagies.

L'entérorrhagie, même non liée aux hémorrhoides, a besoin d'être séparée de la maladie précédente, car elle n'est pas très rare sous les tropiques. Elle a été observée dans l'Inde, la Réunion, les Antilles, le Sénégal, et Dutrouleau la donne dans la description suivante : « Elle « débute brusquement par des selles fréquentes assez « abondantes, entièrement composées de sang noir et « liquide dès le début, sans ténesme, accompagnées d'an-
« xiété plutôt que de coliques, de pâleur, de vertiges, de
« syncope, de petitesse du pouls ; la guérison par les in-
« jections froides, astringentes ou acides s'obtient facile-
« ment en peu de jours. »

Pour nous, actuellement deux questions se présentent. La dysenterie est-elle une des expressions à forme aigue de la fièvre intermittante ? Ou bien ces deux maladies sont-elles venues se greffer l'une sur l'autre, et, prenant une intensité très grande, l'une d'entre elles a-t-elle complètement attiré l'attention des observateurs au point d'en faire une entité morbide sans rapports avec la précédente ?

Répondons d'abord à ce dernier point. Il n'existe point en général chez un individu soumis à l'impaludisme d'affection antérieure du côté des voies digestives. Dans les observations que nous avons citées, les phénomènes dysentériques ont parfois de la tendance à précéder la fièvre d'accès ; les malades n'ont presque jamais beaucoup souffert, et il est si commun dans les pays torrides comme le Sénégal, la Guyane, le Tonkin, etc., d'entendre les hommes se plaindre de dysenterie (ils disent tous qu'ils font de la graisse et du sang), que l'on en arrive à ne pas faire grande attention à leur état, lorsqu'en se présentant à la visite ils affectent les dehors d'individus vigoureux et bien portants. Ce n'est guère que lorsque le malade est abattu, fatigué, que l'on s'occupe sérieusement de son état, tant il est vrai qu'il suffit d'avoir été dans les pays chauds pour savoir que, de même qu'en France on porte facilement des diarrhées sur pied, de même en ces contrées il y a nombre de dysenteries qui, sans traitement aucun, disparaissent sans laisser de traces de leur passage. Ce sont des phénomènes que l'on ne rencontre point en dehors d'une atmosphère imprégnée

de paludisme, et il y a lieu de voir dans ces hyperhémies a forme intestinale, comme un effort éliminateur de l'économie infectée par un élément toxique.

Symptômatologie. — Prodrômes. — Intimement liée aux phénoménisations de l'influence palustre, l'apparition de la dysenterie est souvent précédée de symptômes analogues à ceux qui précèdent l'invasion d'un accès de fièvre. Ils sont caractérisés par un état de malaise, de faiblesse musculaire, de courbature, d'insomnie, de dépression morale, et surtout par des troubles marqués dans les fonctions digestives, anorexie, nausées, allant rarement jusqu'au vomissement. L'embarras gastrique, ainsi que le fait remarquer M. Barallier, est moins fréquent et présente deux formes : la forme muqueuse et la forme bilieuse. Nous avons affaire à un élément palustre déguisé sous une forme particulière ; la marche thermométrique, l'observation du pouls, la dyspnée marquée au moment de la manifestation vraie ou dissimulée de l'accès paludéen, tout nous fait dire que l'agent paludéen est là et qu'il accomplit son œuvre en accroissant la combustion et la température organiques. Le phénomène sueur est remplacé par l'hypersecretion intestinale. L'état bilieux qui s'ajoute fréquemment est dû à un orgasme de la glande hépatique qui est solidaire de la poussée hypermédiatrice qui se produit du côté de l'appareil abdominal. Aussi quelques auteurs ont cherché la cause première de la dysenterie dans cette suractivité fonctionnelle du foie qui déversant un excès de bile dans l'intestin agissait d'une façon irritante sur la muqueuse. Cette hypothèse

qui ne dit pas à quelle source cette polycholie puise ses propriétés irritantes, est insuffisante pour expliquer bien des cas de dysenterie où l'élément bilieux fait défaut. Nous admettons volontiers que la bile possède une action irritative sur l'intestin ; mais cette action est secondaire, deutéropathique. Dans l'anémie des pays chauds entraînant l'appauvrissement physiologique, il n'y a pas seulement diminution du nombre des globules et altération profonde de l'hémoglobine, il y a également une altération notable de l'albumine, de la fibrine, de la plasmine du sang qui par suite devient beaucoup plus fluide et acquiert des facilités osmotiques dangereuses. C'est ainsi sans doute que la muqueuse intestinale se prête à des transsudations, dont le résultat est une diarrhée abondante.

Quant au pouls, il est sujet à des fluctuations. En général petit, il n'atteint à une fréquence sensible que si l'accès de fièvre se dessine nettement ; mais si les évacuations sont peu fréquentes et peu abondantes chaque fois, le pouls descend au-dessous du chiffre normal ; dans les cas graves seulement il est accéléré, petit, concentré, le plus habituellement égal, vite, mou ; il s'élève le soir. Chez quelques malades il est intermittent ; on a expliqué ce caractère, rare du reste, par un état spasmodique du cœur.

Du côté de l'appareil digestif on observe des phénomènes plus constants et plus spéciaux. Dans les cas légers, sauf la complication d'embarras gastrique, ce qui est fréquent, la langue n'a rien d'anormal ; dans le cas

contraire elle est tapissée d'un enduit gris jaunâtre et les bords sont d'une coloration rouge très marquée. La soif en général très modérée, devient vive suivant la fréquence et l'abondance des déjections. L'appétit est diminué, souvent nul, rarement perversi. Les nausées existent principalement lorsque l'état bilieux est prononcé. Les vomissements ne sont guère fréquents qu'au début et accompagnent toujours un état saburral des premières voies digestives. Quoique la dysenterie puisse souvent apparaître d'emblée, elle est quelquefois cependant précédée de diarrhée. Cette diarrhée est presque toujours bilieuse, mais les matières fécales n'ont aucune odeur spéciale. L'abondance même des selles n'est pas exagérée. Enfin nul caractère particulier ne la distingue d'une diarrhée ordinaire, n'était-ce peut-être la coïncidence de coliques vives s'irradiant le long du colon transverse et descendant. Ces coliques sont souvent continues et se montrent même en dehors de toute envie d'aller à la garde-robe. Chaque selle est accompagnée d'une sensation de brûlure au pourtour de l'anus. Enfin cette diarrhée n'aurait pas appelé l'attention si elle se fut déclarée en d'autres temps et d'autres lieux. Mais bientôt nous la voyons se transformer en dysenterie.

Symptômes. — Un des signes qui frappent d'abord le médecin vis-à-vis d'un sujet en proie à un accès de dysenterie palustre, c'est la paleur de la face. Que le sujet n'en soit encore qu'aux premières atteintes de l'impaludisme, ou qu'il soit déjà pleinement entré dans la période de cachexie, ce faciès exsangue et tiré s'explique d'autant

mieux qu'il coïncidé avec des douleurs abdominales très vives. C'est un signe que la maladie, si elle a eu des débuts insidieux, est déjà cantonnée dans le gros intestin. Les individus éprouvent ces coliques indifféremment la nuit et le jour ; rémittentes ou continues, la pression les exaspère ; elles sont très violentes au moment du besoin d'aller à la selle, et produisent la sensation de torsion de l'intestin, de là le nom de *tornineuses* qu'on leur a donné. La violence de ces douleurs n'est nullement en rapport avec la gravité de la maladie. Nous avons dit plus haut que la dysenterie palustre si elle est bruyante à l'extrême, est toute une maladie de surface,

Le symptôme le plus douloureux est le ténésme. On a encore donné au ténésme le nom d'épreintes. C'est le phénomène caractéristique de la dysenterie. On a voulu expliquer le ténésme par la contraction du sphincter ; mais cette explication tombe d'elle-même quand, en examinant l'anus des malades atteints du même symptôme dans la dysenterie vraie, on le retrouve béant et largement ouvert. L'irritation violente, l'inflammation vive de la muqueuse intestinale que l'on aperçoit d'un rouge intense et boursoufflée au fond de l'orifice béant de l'anus, rend parfaitement compte de la sensation si douloureuse éprouvée par le malade qui la compare à celle de la brûlure.

Le malade, tourmenté par un besoin quelquefois incessant d'aller à la garde-robe, malgré ses plus grands efforts ne parvient à expulser qu'une très petite quantité de matières dont la sortie exaspère le ténésme. En géné-

ral les sels sont assez fréquentes ; leur nombre peut varier dans des limites excessives. Elles sont peu copieuses et variables dans leur nature.

La selle classique du dysentérique est constituée par du mucus épais, blanchâtre, vitreux, ressemblant à de l'albumine mal cuite, spumeux suivant le cas, d'odeur un peu fade et mélangé d'une quantité plus ou moins abondante de sang. Ou bien ce sont des glaires transparentes mêlées de filets de sang et elles ont l'aspect des crachats péripneumoniques. Au microscope on y constate des cellules épithéliales, du mucus omorphe et en globules muqueux, des hémoties, des leucocytes, des débris d'aliments végétaux et animaux, diverses granulations, des corps amorphes et quelquefois des parasites (des anguillules, des œufs ou anneaux de tœnias, des lombrics, des tricocéphales, des fungi, des organismes de dimensions infinitésimales tels que le *Paramecium coli* (Treille) et de nombreux vibrions.

Au milieu des matières glaireuses dont j'ai parlé, rendues en quantité peu considérable à chaque effort de défécation, on retrouve souvent des matières fécales en petites masses, mais moulées plus ou moins dures, quelques-unes même maronnées, comme en rendent les individus qui sont constipés. C'est qu'en effet, suivant la juste observation de Stoll (*Ratio medendi*) la dysenterie doit être rangée parmi les maladies qui resserrent le ventre. « Elle diffère tellement de la diarrhée, dit Trouseaa, que si dans quelques cas la diarrhée iliaque est « un épiphénomène qui la complique le plus souvent, les

« excrétiens diarrhéiques survenant dans la dysenterie,
« annoncent sinon sa terminaison, au moins une amé-
« lioration. »

Les selles dysentériques ne contiennent cependant pas toujours du sang : les mucosités suffisent à caractériser l'état dysentérique de la déjection. Quand on l'y remarque, le sang peut se présenter sous différents aspects ; parfois il est rutilant et liquide ; mais il faut bien se tenir en garde contre le sang qui pourrait provenir d'hémorrhoides fluentes. Les renseignements anamnestiques joints à l'inspection de l'anus pourront faire éviter cette erreur.

Souvent le malade, malgré des efforts excessivement pénibles et des douleurs abdominales très intenses n'évacue rien ou à peine quelques gouttes de liquide. On a qualifié ce résultat de « selles à vide ». Stoll et Sydenham appelaient ces dysenteries des dysenteries sèches ou imparfaites.

L'exagération et la continuité des douleurs viscérales, le nombre considérable des évacuations peuvent déterminer chez les malades une dépression assez accentuée des forces. Ils ont alors l'aspect d'hommes « usés ». Il est bon de prévoir cette aggravation dans la marche de l'affection, et de renvoyer dans des climats plus cléments, ceux qui tendent vers cet état. Mais le plus souvent cette dépression de forces n'est que passagère ; aussitôt l'accès de fièvre passé, ou bien au bout d'une période fébrile qui, dans les cas de moyenne intensité, ne dépasse pas une semaine, tous ces accidents s'amendent et les accès

fébriles consécutifs peuvent revenir sans qu'il survienne de troubles du côté de l'intestin.

Comme on le voit, il y a loin ici des désordres septémiques et gangréneux de la dysenterie vraie et les selles n'ont aucun des caractères contagieux propres à cette dernière maladie.

Broussais (*Mémoires de médecine militaire*) pense que dans les pays chauds, la diarrhée ne doit pas être étudiée sans la dysenterie. L'observation montre en effet qu'il y a entre ces deux affections une étroite parenté ; les mêmes causes les déterminent, aux mêmes époques de l'année on assiste à une recrudescence de l'une et l'autre de ces affections. Elles alternent dans leur cours en passant quelquefois subitement d'une forme à l'autre et enfin la même médication arrive le plus souvent à les guérir. Lenoir (Thèse, Paris, 1874), qui ne croyait point à l'origine palustre de la dysenterie, était cependant obligé de reconnaître que « le paludisme ou l'infection « tellurique, due à une fertilité que la végétation ne « peut épuiser, vient aussi ajouter son action et compli- « quer la maladie ; ce qui le prouve, c'est que le traite- « ment de la dysenterie se trouve généralement bien de « l'administration des préparations de quinquina. »

Comme toutes les maladies endémiques, la dysenterie palustre est susceptible de passer de l'état aigu à la phase chronique ; c'est à ce reliquat de la pathologie exotique qu'aboutissent toutes ces affections de la zone torride que le miasme tellurique tient sous sa dépendance. Hépatites, diarrhées, dysenteries, tendent à chronicité d'autant plus facilement que les accès aigus auront été

plus multipliés. Cette tendance à aboutir au même résultat démontre une fois de plus qu'une même cause préside à la genèse de toutes ces maladies. Le miasme palustre domine en souverain toutes les détériorations morbides de ces régions ; aussi présentent-elles toutes un processus analogue.

La dysenterie palustre a seule entre toutes les dysenteries l'apanage de passer à l'état chronique. Consultez toutes les relations de dysenteries épidémiques ou non, cherchez dans l'épidémie de 1859, la plus meurtrière des épidémies de ce genre qui ait sévi sur toute la France, vous verrez beaucoup de décès, de convalescences longues, très longues et très accidentées, vous n'y trouverez jamais cet état chronique spécial d'individus traînant durant plusieurs années une diarrhée ou une dysenterie qui guérirait à la longue s'ils avaient le courage et la patience de suivre un régime rigoureux, mais qui finit par les mettre au tombeau, parce qu'ils ont voulu escompter trop tôt les heureux effets d'une amélioration passagère !

Les symptômes de la dysenterie chronique sont ceux de toutes les maladies invétérées des pays chauds. La réaction fébrile qui persistait au début finit par disparaître peu à peu, et la maladie est tout à fait apyrétique. Si de loin en loin quelques accès de fièvre viennent à se montrer, l'administration raisonnée du sulfate de quinine en aura facilement raison ; et puis, comme dans toute diathèse, le poison perd à la longue de son énergie ; l'état cachectique lui-même peut s'améliorer, l'anémie disparaître et les forces reprendre leur ancienne vigueur.

C'est la terminaison heureuse, la plus commune, pourvu que l'on ait comme premier moyen de traitement employé le rapatriement. Les selles se modifient; le sang est un des premiers éléments que l'on n'y retrouve plus; les mucosités se transforment elles-mêmes bientôt en une sorte de matière pâteuse voisine de la matière fécale diarrhéique; c'est un indice certain que la cicatrisation des parois du gros intestin marche à grands pas. Le malade est gai et se sent renaître.

Les choses se présentent sous un tout autre aspect lorsque la maladie s'achemine vers une terminaison fatale.

L'habitude extérieure est caractéristique dans la majorité des cas, la démarche est molle, nonchalante, le visage est pâle, jaunâtre, plombé, ridé, amaigri, la peau est sèche, ansérine, granuleuse, preuve certaine que ses fonctions sont profondément altérées; elle affecte quelquefois une teinte subictérique, parfois cyanique à de certains endroits, surtout aux extrémités qui ont de la tendance à se refroidir. Le malade, en s'émaciant lentement, progresse vers le marasme, et le soir il y a souvent un peu d'œdème des malléoles. Le ventre est creusé en bateau tellement les intestins sont vides et atrophiés; il se montre aussi de l'ascite lorsqu'il y a de la gêne circulatoire du côté de l'appareil hépatique, de la rate. Les ganglions mésentériques sont plus ou moins engorgés. Les selles sont beaucoup moins nombreuses que dans la période d'acuité de la maladie; elles sont, suivant le cas, muco-bilieuses, spumeuses, purulentes même; mais le ténesme a à peu près complètement disparu.

La circulation a beaucoup perdu de son activité ; le malade sensible au froid se pelotonne sous ses couvertures, le pouls est petit et le plus souvent fréquent. La respiration est moins énergique, l'hématose se fait mal. Et pour peu que le malade se trouve sous l'influence de la tuberculose, cette affection évolue rapidement.

La langue est rouge, dépouillée de son épithélium et quand la fin approche, on y trouve des dépôts blanchâtres de muguet. La soif est moins vive que dans l'état aigu ; l'anus devient infundibuliforme par suite de la résorption graisseuse du creux ischio-rectal. Le foie est parfois atteint d'inflammation subaigüe, à marche lente ; très rarement il s'y forme des abcès ; souvent il devient cirrhotique. La rate n'a rien de caractéristique, son atrophie assez fréquente doit être mise sur le compte de l'état de dénutrition générale de l'organisme. Enfin le malade meurt de consommation lente.

Anatomie pathologique.

« L'ulcération, dit Dutrouleau, est le caractère anato-
« mique de la dysenterie endémique et cette ulcération
« est le résultat de la chute d'une eschare déterminée
« par l'inflammation gangréneuse. Elle caractérise ana-
« tomiquement la maladie au même titre que l'ulcéra-
« tion résultant de la chute des plaques de Payer carac-
« térisé la fièvre typhoïde ».

Si dans la dysenterie d'origine palustre, les phénomènes primordiaux sont plus bruyant que dans la dysente-

rie vrai, les lésions anatomiques n'en sont pas pour cela plus prononcées. Nous avons vu dans les observations précédemment citées que diarrhée et dysenterie tantôt se succèdent, tantôt se précèdent ou encore s'accompagnent. Ces deux états pathologiques s'enchevêtrent souvent au point d'être difficilement distincts l'un de l'autre. Leur symptomatologie est bien mieux faite pour la spécifier que leur anatomie morbide et quoique leur distinction nosographique soit incontestable il n'en est pas moins vrai que, dans l'autopsie des malades morts de dysenterie palustre, il arrive qu'on trouve côté des lésions typiques de la maladie vraie des signes plus ou moins marqués d'une diarrhée concomittante. Ceci se comprend facilement lorsqu'on songe que très souvent la diarrhée est un prodrome de la dysenterie, et les traces de l'inflammation de l'intestin grêle persistent, s'ils ne sont même entretenus par l'irritation qui s'est cantonnée dans le gros intestin.

L'étendue et la profondeur des lésions anatomiques dépendent de la durée plutôt que de la gravité de la maladie et suffisent à en expliquer l'issue funeste.

Dans les cas de moyenne intensité, ou même dans les premiers jours dans les cas suraigus, la muqueuse du gros intestin d'un rouge foncé, brunâtre, colorée par places en noir par le sang mélangé aux produits de la sécrétion intestinale, est ramollie, boursouflée, épaissie. Cet épaississement porte sur les différentes tuniques; le péritoine reste presque toujours intact. L'épithélium de la muqueuse est peu adhérent et on l'enlève facilement par un raclage avec le scalpel.

Les altérations peu profondes que je viens de décrire ne se rencontrent guère que chez les individus qui ont succombé promptement à une complication intercurrente, comme l'hépatite, une pneumonie, etc., car l'intensité des accidents dysentériques n'a pas été suffisante pour déterminer la mort.

Lorsque la manifestation intestinale de l'endémie palustre a atteint plus profondément l'individu, le plus souvent il y a ulcération et c'est là la raison d'être du sang dans les selles du malade. Si dans le cas anatomopathologique précédent, les selles ont présenté du sang en plus grande abondance, il faut attribuer ce phénomène à ce que l'épithélium du gros intestin s'étant par places brusquement exfolié sous l'influence de la poussée hyperhémique, les papilles qui entourent les glandes en tubes du gros intestin, et où les artérioles forment des mailles arrondies, et s'anastomosant avec les capillaires voisins, se trouvent subitement dénudés de leur écorce épithéliale, et le sang transsude d'autant plus facilement que l'efflux produit par l'inflammation est plus considérable.

Pronostic. — « Dans les régions où elle est endémique, » disait Pringle, il n'y a pas de dysenterie bénigne ? » Il y a là une exagération qui doit tenir probablement au milieu cholérique dans lequel ce médecin anglais était appelé à rendre ses services. Pour nous qui avons vécu, pendant 18 mois au milieu du grand nombre de malades qui encombraient les hôpitaux du Tonkin et qui avons constaté « de visu » que la manifestation dysentérique

était sinon plus, au moins aussi fréquente que la fièvre intermittente, nous ne nous montrons pas aussi pessimistes. Sans doute, la dysenterie palustre peut aboutir à des désordres tels que la terminaison fatale n'est pas difficile à prévoir. Et l'épidémie de Nam-Dinh qui a fait le sujet de la thèse du docteur Foucault est là pour la prouver. Mais il s'agit ici d'une épidémie de dysenterie vraie qui tient à d'autres causes, et j'ai fait précédemment le parallèle différentiel entre cette maladie et le processus que j'ai en vue dans ce travail.

La manifestation dysentérique au cours d'une fièvre intermittente, évolue en général sans grand retentissement sur l'organisme ; les nombreuses observations que j'ai citées précédemment, sont là pour le prouver ; et si dans bon nombre de cas de gens rapatriés l'état général est fort médiocre, voire même mauvais, il faut en chercher la cause plutôt dans la cachexie qui les minait, dans les fatigues de toutes natures qui les avaient usés, plutôt que dans la poussée phlegmasique du côté de l'intestin. Je ne veux pas cependant annihiler complètement l'action nocive de ces dysenteries quelque bénignes qu'elles soient en général. Il faut apporter de la réserve dans tout pronostic, car, dans plusieurs exemples empruntés à Fayrer (*Diseases of India*) telle dysenterie légère au début peut s'aggraver rapidement par l'intensité d'un ou de plusieurs symptômes, ou par le fait d'une complication qui survient. Ce qui constitue la cause de léthalité très grande de la dysenterie, c'est la fâcheuse propension aux rechutes qu'elle crée et aussi quelquefois son passage de l'état

aigu à l'état chronique. C'est ainsi qu'on peut expliquer la mortalité si grande que l'on trouve signalée dans toutes les conquêtes d'une colonie nouvelle (Sénégal, Algérie, Indo-Chine, etc.) Les statistiques reproduisent sous forme de nombres la phrase de Delioux de Savignac : « La dysenterie est de toutes les maladies des pays chauds, celle qui fournit le chiffre le plus élevé de mortalité absolue. » Mais si dans le pronostic de la dysenterie aiguë ou subaiguë, l'expérience enseigne la mesure et la réserve, elle apprend aussi à espérer beaucoup de l'intervention thérapeutique. Lorsque la maladie est encore comprise dans le domaine des manifestations frustes ou larvées de la fièvre intermittente, la médication jointe aux rapatriements est toute puissante ; et à cet égard il est bon de ne pas attendre trop longtemps, de ne pas oublier l'expérience de ses devanciers et de faire sur un malheureux fébricitant, encore affaibli par la dysenterie, l'essai d'une expectation trop prolongée. Le pronostic sera d'autant plus favorable qu'on s'y sera pris plus à temps et c'est alors qu'éclatera l'indéniable utilité de la médication.

Le pronostic tiré de signes particuliers varie suivant la gravité de ces derniers. L'intensité des symptômes spécifiques, la fièvre, la nature hémorrhagique des selles, doivent entrer en ligne de compte. Néanmoins les symptômes subjectifs tels que les coliques n'ont pas grande valeur, quelque soit leur violence. Dans la dysenterie palustre, il n'y a jamais à craindre d'hémorrhagie immédiate grave ; les selles continuent rarement pendant plu-

sieurs jours à garder leurs caractères dysentériques; des alternatives de diarrhée fécaloïde ou bilieuse succèdent à des selles dysentériques qui elles-mêmes s'accompagnent souvent de selles normales. Il y a dans cette échelle des fonctions excrémentitielles comme une tendance à la guérison qui s'effectuerait rapidement, n'était-ce la prise de possession de l'économie entière par l'élément palustre. Il suffit d'expulser cet intrus pour voir également disparaître toute manifestation du côté de l'intestin.

L'influence de l'âge et du sexe semble être négligeable ; seuls les tempéraments lymphatiques paraissent plus que tout autre enclins aux paroxysmes intestinaux.

Cambay, cité par Béranger-Féraud, a tracé d'une main de maître le tableau des pronostics. Si dans le cours d'une dysenterie, dit-il, on voit diminuer progressivement le nombre des selles et surgir des phénomènes qui annoncent la résolution, on peut porter un pronostic favorable. On devra craindre une terminaison fâcheuse quand, au contraire, les symptômes s'aggravent ou même qu'après avoir atteint leur terminus d'intensité, ils restent stationnaires et ne diminuent point d'acuité. Il faut mal augurer de l'issue de la maladie si, dès le début, la matière des déjections est fétide et si les selles contiennent beaucoup de sang ; s'il survient du hoquet, de la dysphagie, des soubresauts de tendons, des convulsions chez les femmes et les enfants.

La terminaison fatale dans la dysenterie passée à l'état chronique s'annonce par un affaiblissement graduel des

forces, par la teinte plombée que prend la peau, par l'excavation accentuée des yeux; la transpiration cutanée se supprime et la température s'abaisse notablement; on a vu le thermomètre ne marquer que 34° sous l'aisselle. La fièvre n'existe plus; l'organisme n'est plus assez vigoureux pour produire la réaction inflammatoire, et s'il se fait quelque effort en ce sens, il aboutit à peine à quelque exacerbation de fièvre hectique. La voix prend un timbre fêlé.

Quelquefois, il y a des recrudescences d'acuité sous l'influence d'écarts de régime, et la maladie, en s'installant dans des tissus que la phlegmasie a préparés de longue main, prépare rapidement une terminaison fâcheuse. Ces orages intercurrents sont de la plus haute gravité, car les désordres qu'ils causent sont souvent irrémédiables, jusqu'à ce qu'un accident comme un état typhoïde, une hémorrhagie, etc., vienne brusquement terminer la scène.

Marche. — D'une nature en général bénigne, la dysenterie palustre n'est pas une maladie à marche continue; elle affecte, au contraire, le type périodique; ce caractère s'explique naturellement par les modifications qu'impriment à la maladie elle-même les conditions hydro-thermo-telluriques des localités. Sujette à des récidives, après des intervalles de guérison souvent de courte durée, certains auteurs, comme G. Maillot, sont avec quelque raison partis de cette intermittence pour y voir une origine toute palustre.

Mac Grégor, dans ses relations des maladies qui sé-

virent sur l'armée anglaise pendant la guerre d'Espagne, au commencement de ce siècle, a démontré la part d'influence des lieux sur la marche de la dysenterie : « Intermittente sur l'Estramadure; elle devient rémittente dans les Castilles, et continue lors de l'arrivée à Ciudad-Rodrigo. »

Il y a lieu d'établir, au point de vue de la marche de la maladie, une différence entre les individus atteints de diarrhée de Cochinchine et ceux qui sont atteints de dysenterie chronique du Tonkin ou de Madagascar ou d'ailleurs; les premiers ont beaucoup plus souffert que les seconds; et cela se comprend aisément, quand on songe que chez eux c'est la totalité de l'intestin qui est lésée, tandis que chez les autres, il n'y a qu'une portion assez restreinte; la résistance organique perd rapidement de son énergie dans le premier cas et la dénutrition fait des progrès accélérés; dans le second cas, la convalescence se fera facilement, pour peu que le sujet ne soit pas trop usé et qu'il ait été soustrait à temps aux causes de prolongation de la maladie.

J'ai dit précédemment que la dysenterie aiguë si elle a été soignée et qu'il ne soit survenu aucune complication, principalement du côté du foie, guérissait avec la cessation de la fièvre; mais il ne faut pas que le sujet ait éprouvé précédemment un trop grand nombre d'atteintes et que l'anémie palustre ne mette pas la résistance de l'organisme en péril. On sait que les rechutes surviennent quelquefois d'une manière désespérante et aussi fréquentes que les accès de fièvre.

La forme chronique présente une plus grande tenacité et est plus rebelle aux traitements ; la convalescence est longue, et l'individu ne peut même parfois guérir d'une façon solide, la réparation des lésions ne pouvant se faire « *ad integrum*. » Aussi cet état de santé est-il fragile ; un écart de régime, un refroidissement, un changement de temps peuvent faire reparaitre la maladie, alors même que la cachexie palustre aurait retrocédé depuis longtemps.

Loin de pouvoir dire de la dysenterie palustre comme de quelques affections : la variole, la fièvre typhoïde, qu'une première atteinte met les sujets à l'abri d'atteintes ultérieures, on peut au contraire affirmer qu'une première attaque prédispose à d'autres, aussi et même plus graves dans l'avenir. La tendance aux récides est d'autant plus grande que le malade a été atteint plus gravement et un plus grand nombre de fois.

Géographie. Fréquence. — La dysenterie palustre est par excellence une maladie des pays chauds. C'est après la fièvre intermittente l'affection la plus répandue, et M. Colson (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1858) tout en ne reconnaissant à la dysenterie qu'une seule cause « déterminante, le refroidissement, reconnaît cependant que « les effluves des marais sont une cause aggravante, un « élément nouveau ajouté à la maladie, qui lui donne un « caractère de malignité qu'elle n'aurait pas si la cause « déterminante seule eût existé. »

La géographie médicale de cette affection est assez bien faite.

En *Afrique* (Sénégal) elle entre pour la moitié (Nielly) dans le chiffre des décès de cause endémique. Les établissements de Sierra-Léone, du golfe de Guinée et du Gabon, fournissent de 30 à 40 0/0 de dysentériques dans leur mortalité.

En *Algérie* elle a été très répandue lors de la conquête ; aujourd'hui elle a beaucoup diminué (A. Laversn).

Sur la côte orientale d'Afrique la mortalité par suite de dysenterie est moins considérable ; en Abyssinie, dans l'établissement d'Obock, aux Comores, à Mayotte et à la Réunion, c'est surtout la fièvre intermittente qui domine, il n'y a d'exception à faire que pour Madagascar où les derniers événements ont amené une forte mortalité d'origine dysentérique.

En *Asie*, cette maladie affecte une gravité exceptionnelle, les troupes européennes perdent de ce chef un tiers de leurs effectif (Morehead, Fayrer) ; c'est, après le choléra, la maladie la plus meurtrière. Dans l'Indo-Chine française, elle a sévi avec intensité durant les péripéties de la dernière expédition ; aujourd'hui que les troupes jouissent d'un confortable qui va de jour en jour en s'améliorant, la situation prend un meilleur aspect.

En *Océanie*, la dysenterie est très commune dans les îles de la Malaisie (Sumatra, Java, Bornéo, etc.). Les archipels océaniens sont mieux partagés ; à Tahiti, ses terminaisons, quoique fréquemment chroniques, sont toujours heureuses.

En Calédonie, elle figure, dit Kermorgant, pour le

chiffre le plus élevé dans les entrées à l'hôpital ; il est évident que tout est relatif ; le pronostic est excessivement bénin ; sur 176 entrées, toutes ont été suivies de guérison.

En *Amérique*, elle est très répandue dans les Républiques du centre, le Mexique, les Antilles sont très éprouvées par cette endémie. Dutrouleau note un douzième comme moyenne de la mortalité générale. A la Guyane, elle est bien moins répandue et moins grave qu'au Sénégal et aux Antilles : on ne signale qu'un décès sur 34 cas ; mais au Brésil, c'est une des endémies les plus redoutables.

La dysenterie perd son caractère d'endémicité dans les zones tempérées et si là elle devient bien moins fréquente, elle gagne aussi en gravité.

PROPYLAXIE.

Dans la prophylaxie de la dysenterie palustre, nous aurons deux chefs à envisager :

1° *La prophylaxie des causes occasionnelles.*

2° *La prophylaxie de la cause principale.* (le miasme)

1° *Prophylaxie des causes occasionnelles.* Nous allons passer rapidement en revue: 1° *les causes météoriques*, 2° *les causes bromatologiques.*

a.. *Causes météoriques.* — Le refroidissement est une des causes qui provoque le plus facilement le flux dysentérique. Etant donnés les grands écarts mycthémeraux qui règnent sous les tropiques, il est de toute importance de se mettre à l'abri des pertes de chaleur qui résultent du rayonnement considérable de la nuit. La tension de la vapeur d'eau est très grande ; aussi au moindre abaissement de température une humidité intense se dépose sur tout ce qui reste exposé à l'air du dehors, pénètre les vêtements et vient glacer le corps. Il est de toute nécessité d'éviter ces impressions malsaines ; car leur retentissement sur les organes internes est à peu près fatal. Dans les pays chauds comme dans les climats tempérés, ces variations atmosphériques sont une source de diarrhées et de dysenteries souvent rebelles ; et il est facile de pré-

voir que sous cette influence le miasme palustre sera tout disposé à se créer une détermination du côté de l'intestin. Il faudra donc loger les troupes dans d'excellents casernements et à tout prix leur éviter quand elles seront en marche, l'obligation de coucher sur la terre nue ; on les logera dans les maisons des habitants et si c'était impossible il faudrait leur construire des abris à toiture épaisse et imperméable. Il ne suffit pas en effet la nuit d'être protégé contre l'humidité, il faut encore se soustraire aux refroidissemens. Ainsi un homme qui dormirait sous une toiture en zinc serait protégé contre humidité, mais nullement contre le rayonnement nocturne. Une bonne précaution qui d'ailleurs est passée à l'état d'usage réglementaire, c'est de faire porter nuit et jour aux troupes en marche, une ceinture de flanelle sur le ventre. C'est une pratique dont les bons résultats ont été appréciés depuis longtemps déjà. Il est bien entendu qu'on doit également se soustraire au contact direct du sol par l'interposition d'une litière plus ou moins épaisse, ou faire comme les Annamites qui dorment sur une natte élevée à 50 centimètre au-dessus de la terre.

Je ne parle que pour mémoire du soin que l'on doit prendre pour éviter l'exposition durant la journée à un courant d'air frais alors que le corps se trouve en état de transpiration. La fluxion par trouble de l'innervation vaso-motrice n'a pas d'autre cause. Qu'un grain de pluie traverse les vêtements, qu'un courant d'air imprime au corps une sensation vive et prolongée de fraîcheur, il n'en faut pas d'avantage pour que le trouble de la circulation

capillaire et de la sécrétion cutanée qui en résulte retentissent sympathiquement sur les fonctions similaires de l'intestin. Ce sont là les circonstances habituelles de la vie du soldat ; et ces causes occasionnelles ont une action puissante sur la détermination intestinale du paludisme.

Quant à la température, à la tension électrique, à l'ozone, aux vents, à la pression barométrique, ce sont autant de conditions qui agissent surtout sur le développement des miasmes, mais n'ont qu'une influence indirecte restreinte.

b. *Causes bromatologiques.* — (aliments, boissons). Une alimentation insuffisante, une nourriture exagérée ou prise trop rapidement, des aliments mal mastiqués, mal élaborés arrivent dans l'intestin et y produisent l'effet de corps étrangers qui déterminent une irritation plus ou moins vive.

Il est donc utile de se mettre en garde contre ce genre de causes prédisposante. Certains aliments ont une action plus spécialement provocatrice de la phlegmasie intestinale : tels sont les épices, les viandes salées (lard, bœuf), le gibier faisandé. Aussi les vivres frais et de bonne qualité devront être employés autant que possible. Les fruits qui ont beaucoup été incriminés, et bien souvent à tort n'agissent que par l'abus qu'on peut en faire, ou par leur degré peu avancé de maturité. Il ne faudrait pas cependant adopter l'opinion de Zimmermann qui, non seulement ne les prohibait pas, mais au contraire les prescrivait comme ayant une action préservatrice et curative à la fois.

L'abus des boissons alcooliques et des liqueurs fermentées joue un rôle provocateur d'autant plus important dans la dysenterie palustre que l'usage en est très répandu sous les tropiques.

Mais c'est surtout dans l'influence de l'eau prise en boisson qu'il faut chercher l'origine directe de la maladie que nous étudions.

On a incriminé 1^o la qualité des eaux, 2^o l'excès de leur ingestion. Pour ce qui a trait à la qualité des eaux, nous en parlerons dans l'alinéa suivant. Quant à leur excès d'ingestion, la soif qui est si intense et si impérieuse pendant la saison chaude, commande l'ingurgitation abondante de liquides ; la crainte d'éprouver des inconvénients fâcheux peut seule réglementer ce besoin immodéré. — L'eau ne doit pas non plus être trop fraîche ; elle pourrait alors occasionner des diarrhées sérieuses. Il est donc important de savoir choisir le liquide qui doit apaiser la soif.

II. *Prophylaxie de la cause principale.* Les boissons ont une grande influence sur l'apparition de la dysenterie et sur l'atténuation de la fièvre intermittente, et plusieurs auteurs ont cru voir en cela un antagonisme entre ces deux affections. Nous avons essayé de démontrer précédemment que cet antagonisme n'était qu'apparent, et que c'est dans l'usage d'eaux palustres qu'il fallait rechercher la cause du mal.

Il faudra donc songer à purifier par les moyens les plus appropriés, les eaux employées dans l'alimentation. Les anciens avaient si bien compris que la pureté des eaux

est une des conditions premières de la santé, qu'on ne se lasse pas d'admirer aujourd'hui les ruines d'aqueducs, les vestiges de canalisations qui subsistent encore, et qu'ils avaient entrepris uniquement dans le but de doter leurs villes d'eaux potables et de bonne qualité.

Mais lorsque brusquement 40.000 hommes sont envoyés faire la conquête d'un pays essentiellement paludéen, il est impossible de créer en un jour le confortable nécessaire à l'hygiène hydraulique. Néanmoins il est des moyens qui, s'ils ne sont pas complètement efficaces, donnent d'excellents résultats. Les procédés d'épuration, de filtration sont nombreux, et les appareils sont si faciles à se procurer aujourd'hui qu'on ne doit jamais boire d'eaux des pays chauds qui n'aient préalablement subi cette opération. — Le meilleur filtre est incontestablement celui dans lequel il y a du charbon qui a la propriété d'absorber les gaz qui existent en grande quantité dans les eaux marécageuses. Et quoique cette absorption de gaz, favorise d'après Davaine, le développement des vibrions, il faut croire que ces derniers organismes sont inoffensifs. Si en outre, on fait précéder la filtration de la précipitation des matières organiques par une addition d'alum, le résultat sera meilleur.

Mais le moyen prophylactique par excellence, c'est l'ébullition. Les peuples d'extrême-orient ont bien compris que ce procédé est celui qui par dessus tout épure les eaux contaminées; aussi c'est de là que leur vient sans doute cette coutume qui remonte à la plus haute antiquité de n'employer en boisson que de l'infusion de thé.

L'ébullition s'impose toutes les fois qu'on fait usage d'eaux stagnantes ; et cela arrive souvent en campagne. Il faudrait pouvoir faire accompagner chaque colonne d'une cuisine distillatoire. Mais on doit reconnaître que si ce moyen est très pratique à bord des navires, il ne l'est plus dans un corps expéditionnaire. Cependant si la distillation n'est pas toujours possible, l'ébullition est en général praticable ; si elle était toujours employée bien des dissenteries marécageuses seraient évitées. Les eaux des citernes elle-mêmes ne sont pas exemptes de dangers ; elles ont pris à l'air des miasmes, entraîné des matières organiques et MM. Maurin et Roussin nous apprennent que « pendant les jours d'orage, moment où la « décantation est surtout utile, l'eau n'abandonne pas « dans les bassins d'épuration les matières qu'elle tient « en suspension. »

Comme complément du chapitre de la prophylaxie il me reste deux mots à dire du rapatriement des dysentériques. Lorsqu'une dysenterie s'est installée à demeure chez un impaludé ou que ce dernier a subi plusieurs atteintes de ce mal, le rapatriement s'impose, autant pour débarrasser la colonie d'un sujet encombrant que pour assurer sa conservation. Dans les questions de rapatriements, le médecin militaire ne doit pas oublier que, si tout soldat est tenu de produire un rendement de travail en rapport avec son degré d'énergie et de résistance vitale, ce devoir cesse toutes les fois que la santé se trouve sérieusement compromise. On ne saurait trop faire preuve

de discernement dans l'application de ce précepte chaque fois qu'il s'agit d'un dysentérique.

M. L. Colin nous donne au sujet du transport des dysentériques quelques règles fort rationnelles, « Ce transport, dit-il, devra s'effectuer dans des conditions qui
« les garantiront de la façon la plus absolue contre toute
« cause de fatigue et de refroidissement. Au point de
« vue du mode rapatriement la dysenterie se rapproche
« encore des fièvres intermittentes par l'heureux effet sur
« les malades du séjour en mer, et par conséquent du
« retour par les voies maritimes. »

Ce rapprochement bénéficiaire entre la fièvre intermittente et la dysenterie me paraît être un appoint de plus en faveur de l'origine commune de ces deux maladies. On conçoit en effet que rien ne prédispose à l'aggravation d'une maladie essentiellement infectieuse et contagieuse à la fois, comme l'encombrement et l'entassement dans un milieu aussi restreint que l'est un navire.

Le « marais nautique » me semble très propre à hâter l'explosion d'une épidémie qui, si elle est la dysenterie vraie trouve en elle-même et dans les déjections des malades, une cause reconnue de contagion. L'exemple de Desgenettes (rapatriement simultané de 400 dysentériques d'Egypte) me semble plutôt se rapporter à une dysenterie d'origine palustre qui n'est ni épidémique ni contagieuse qu'à une dysenterie vraie qui a des caractères tout opposés.

A quoi tient le bien-être relatif que produit l'atmosphère

re marin sur les dysentériques ? La pureté de l'air est un facteur qui expliquerait tout, si l'on y faisait contribuer un peu de cette influence salubre du moral sur le physique, influence qui est grande parmi les troupes coloniales. Sans faire allusion à la nostalgie proprement dite, on ne saurait méconnaître le bienheureux effet que produit sur un malade l'annonce de son renvoi en France.

Il y aurait aussi à parler de l'installation des navires en vue d'une destination spéciale propre aux dysentériques. Les transports-hôpitaux sont un acheminement vers la perfection dans ce sens. Il y aurait aussi lieu d'éviter autant que possible le rapatriement des dysentériques en France, au moment de l'hiver.

Quant au régime alimentaire des malades, il est du ressort du médecin traitant.

Traitement.

La thérapeutique de la dysenterie palustre comprend deux indications :

1° Traiter la fièvre.

2° Soigner la phlegmasie intestinale.

a. *Traitement de la fièvre.* — Comme de juste, le sulfate de quinine est souverain dans cas. Mais des trois méthodes d'administration connues, il n'y a lieu de considérer que la méthode de Bretonneau dans laquelle on donne le médicament le plus près possible de l'accès de fièvre à venir (6 heures au plus avant), de manière que le malade soit sous l'influence quinique au moment de son ap-

parition. C'est pour cela qu'il est important d'être fixé sur l'horaire de la fièvre, ce qui est facile en consultant la courbe thermométrique. Toute rémission matinale ou vespérale qui succède à une température fébrile doit être considéré comme l'évolution du 3^e stade de l'accès intermittent. Un fait digne de remarque qui ne se trouve consigné nulle part et qui ressort des observations que nous avons précédemment citées, c'est que chez un malade qui reste couché, toute température qui le matin dépasse 37° avec les thermomètres que nous avons (Celsius fabriqué par Mathieu), doit être regardée comme *suspecte*. La température matinale chez un individu couché ne s'élève guère au delà de 36°6 à 36°8 ; au-dessus, il y a un agent fébrile qui talonne l'économie.

On conçoit que pour être fixé sur l'heure exacte de l'invasion de l'accès de fièvre il faille prendre 3 à 4 fois par jour la température du malade. On ne doit guère se fier aux indications verbales de ce dernier ; il n'éprouve en général que des sensations subjectives fausses qui font que le médecin se livre à des tâtonnements avant de pouvoir établir l'horaire réel de la maladie.

Le sulfate de quinine doit être prescrit à hautes doses, 1 gramme au minimum, le plus souvent 4 gr. 50 et il n'est pas rare d'aller jusqu'à deux grammes. Quand l'impregnation de l'économie par le paludisme est aussi intense qu'il est dans les pays nouvellement occupés comme le Tonkin et Madagascar, il ne faut pas hésiter à juguler la fièvre par la quinine à forte dose. Le sulfate de quinine acidulé avec quelques gouttes d'acide sulfurique est la

préparation extemporanée qui offre, dans la pratique, une action incontestablement plus puissante que les sels solubles de quinine (tartrate, tartrate, bromhydrate, etc. qu'on a voulu lui substituer. Serait-ce que ces derniers sels subissent une altération sous l'influence de la chaleur? Cette action prépondérante du sulfate de quinine sur tous les composés similaires a été signalée par Mr. Grall dans les archives de médecine navale.

Voici comment nous formulerions une potion de sulfate de quinine pour un accès de fièvre ayant lieu à 10 h. du matin par exemple :

Potion : Sulfate quinine,	1 ^g 50
Acide sulfurique,	q. s. f. s. a.
Eau	80

à prendre à minuit, 4^h et 6^h du matin.

b. *Traitement de la dysenterie.*—Si quelques accès dysentériques (IV groupe) guérissent en général spontanément par le seul traitement de la fièvre, il est bon nombre de cas où la médication doit porter sur la phlegmasie intestinale. Quelques personnes me diraient lorsque je ferai ma thèse : si votre dysenterie est absolument d'origine palustre, elle doit guérir uniquement par l'emploi du sulfate de quinine. Cette objection frise la plaisanterie. Est-ce que dans toute diathèse on ne traite pas conjointement avec la maladie générale, ses manifestations cutanées ou muqueuses par des topiques appropriés? Est-ce que dans toute maladie infectieuse (variole, scarlatine, rougeole, etc) on ne traite pas isolément les complications qui dérivent de cette cause?

La médication de la dysenterie aiguë comprend les moyens que l'on peut qualifier d'anodins et les moyens qui sont réellement curatifs ; dans les premiers sont les calmants employés iutus et extra : tels sont les cataplasmes sur le ventre contre les coliques, les fomentations, les bains de siège contre le ténésme, les sangsues appliquées dans les fosses iliaques dans le but de faire dérivation à la phlogose intestinale.

On a aussi employé les révulsifs ; ce moyen semble donner de bons résultats dans le cas de douleurs abdominales très vives. Le meilleur procédé que j'ai vu expérimenter, c'est la révulsion pratiquée à l'aide d'un linge imbibé d'essence de thérébentine que l'on applique sur le ventre et que l'on recouvre immédiatement d'une compresse trempée dans de l'eau bouillante et dont on a exprimé préalablement l'excédent de liquide. On laisse cette compresse en place, jusqu'à production d'une forte rubréfaction.

Les tisanes employées à l'intérieur sont généralement mucilagineuses (gomme, riz, etc.), plus ou moins laudanisées et aromatisées par de la menthe, du citron, de la cannelle pour les rendre plus tolérables aux estomacs. La décoction blanche de Sydenham, par le phosphate de chaux qu'elle contient, réussit assez bien et agit comme topique sur les ulcérations confirmées. L'eau albumineuse a été préconisée et semble devoir ses bons résultats à l'espèce de verni protecteur qu'elle dépose sur la muqueuse du gros intestin, verni qui atténue l'action irritante des matières dysenteriques. Les tisanes astringen-

tes ne comptent pas beaucoup de succès dans la dysenterie palustre.

Les lavements émollients, iodoformés, etc., sont donnés soit dans un but de propreté, soit dans un but médicamenteux; ils sont très utiles lorsque la dysenterie est localisée au rectum et que cette dysenterie est en pleine période d'acuité. Nous verrons plus tard que dans la phase chronique ils servent par des topiques choisis à modifier la surface ulcéreuse de l'intestin. Les lavements froids ou hémostatiques n'ont pas lieu d'être employés, les hémorrhagies étant habituellement peu inquiétantes.

Opium. Un médicament assez employé dans la dysenterie c'est l'opium. Sous quelque forme qu'il s'administre, extrait, opium brut, sirop diacorde, laudanum, teinture, etc., il a une action incontestable et peut être employé à haute dose, car sa tolérance par les dysentériques est très grande. La préparation en pilules de l'extrait gommeux, où l'administration sous forme d'opium brut associé à de la poudre de Colombo, nous ont paru les meilleures formes à adopter. On peut facilement donner 15 centigrammes d'extrait d'opium et 50 centigrammes d'opium brut. Les préparations laudanisées ne s'emploient guère que pour faire tolérer un médicament, le S. N. de bismuth par exemple.

Dans l'emploi des préparations opiacées on poursuit un double but : d'une part on cherche à calmer la douleur, de l'autre on met en jeu les propriétés anexasmotiques du médicament. Mais il faut reconnaître que la médication opiacée ne répond pas à toutes les indications.

Elle n'est guère utile que dans la dysenterie passée sinon à l'état chronique, tout au moins à cet état subaigu où la phlogose intestinale est devenue torpides. Ce qu'il faut craindre dans l'abus de ce narcotique, c'est qu'à la suite d'une constipation souvent prolongée qui fait croire à la guérison, on voit survenir une véritable débâcle de diarrhée qui réveille tous les phénomènes dysentériques.

En somme, l'opium ne produit de bons effets qu'associé à d'autres médicaments dont il facilite la tolérance et aide à l'absorption en supprimant le nombre des selles, ce qui est important lorsqu'il s'agit de maintenir le plus longtemps possible un agent thérapeutique en contact avec la muqueuse intestinale. Aussi est-il indiqué en association avec le calomel, l'ipéca (Pilules de Segond) le S. M. de Bismuth, etc.

Ipéca. L'ipéca est le souverain remède de la dysenterie. Lorsqu'il y a un état saburral des premières voies, un vomitif matinal pourra être très-utile. Mais l'ipéca a été surtout conseillé à petites doses répétées de façon à entraîner l'état nauséux sans donner lieu à de véritables vomissements. C'est administré sous cette forme qu'il mérite réellement le nom de « radix antidysenterica ». L'emploi de l'ipéca est continué pendant plusieurs jours.

La préparation la plus célèbre et journellement employée contre les dysenteries des pays chauds est l'ipéca à la brésilienne. Le livre de Pison nous apprend que pour cette préparation on prend 4 à 8 grammes de racine concassée que l'on fait infuser dans 250 à 500 grammes d'eau bouillante. On laisse digérer pendant douze heures et l'on

fait boire l'infusion peu à peu. Si la dose de racine employée dépasse 3 grammes, il est rare qu'il ne se déclare pas de vomissement. Il n'y a du reste pas d'inconvénient à ce que cet effet se produise ; dans les cas où la langue est chargée, où la bouche est mauvaise, il faudrait même favoriser les vomissements par quelques verres d'eau tiède.

Le lendemain on se sert du marc de la veille pour une nouvelle infusion ; celle-ci produit quelques nausées, mais peu de vomissements. Une troisième préparation faite avec le même marc est administré de la même façon.

L'ipéca à la brésilienne préparée avec la poudre donne des résultats plus certains et peut-être plus actifs.

Mais le plus souvent on se contente d'administrer l'ipéca en potion et l'on obtient de la sorte, d'excellents effets.

Ex :

<i>Potion</i> : Poudre d'ipéca	1,50
Eau gommeuse	120
Eau Laurier cerise	10 gr.

à prendre par cuillerées dans la journée.

Au bout de 2 à 3 jours les symptômes inflammatoires diminuent et les selles prennent une teinte jaune ou verdâtre, indice que le foie se dégorge ; le sang diminue et bientôt disparaît entièrement.

L'ipéca agit en modifiant par ses propriétés irritantes les surfaces enflammées sous l'influence d'un élément infectieux et par sa puissance vaso-motrice, la vascularité et les sécrétions des parois intestinales.

Calomel. Ce médicament n'est pas utile dans tous les

cas : aussi est-il nécessaire de peser ses indications et ses contre-indications.

Le Calomel a été souvent associé à d'autres médicaments tels que l'ipéca, l'opium, etc... Les pilules de Segond ont eu une certaine vogue. Ce médecin ne prescrivait du reste ses pilules que dans la deuxième période de la maladie, après avoir administré l'ipéca. Il découle de tous les travaux des médecins de la marine que les pilules de Segond ne sont utiles que dans la période chronique de la dysenterie.

Passée à l'état chronique, ce confluent de toutes les maladies des pays chauds, la dysenterie palustre utilise toutes les médications des diarrhées ou dysenteries d'origines diverses qui ont pris chez l'individu un droit de domicile invétéré. Régime lacté ou autres.... lavements au nitrate d'argent, à l'iodoforme, à la teinture d'iode, etc... l'envoi aux eaux (Vals, Galmier, etc) et bien d'autres moyens de traitements, devront être de la part du médecin l'objet d'un emploi judicieux : et si la guérison survient, un régime tonique et reconstituant devra favoriser la convalescence.

CONCLUSIONS

1° Il existe une dysenterie qui est véritablement d'origine palustre et qui est surtout très commune dans les pays nouvellement occupés.

2° Cette dysenterie diffère de la dysenterie vraie décrite par tous les auteurs.

3° Elle est surtout contractée par l'ingestion des eaux marécageuses.

Vu,

Le Doyen de la faculté de Médecine,

BROUARDEL.

Vu,

Le Président de thèse,

DIEULAFOY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX ALPHABÉTIQUE

- COLLIN. — Dictionnaire encyclopédique de Dechambre (article dysenterie).
- COLLIN. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale, T. XXXVIII, 1872.
- BALLOT. — Thèse, Montpellier. Dysenteries en pays palustres, 1847.
- COLSON. — Gazette des Hôpitaux, 1858.
- DELIAUX DE SAVIGNAC. — Traité de la dysenterie.
- BÉRANGER-FÉRAUD. — Traité de la dysenterie.
— Maladie des Antilles.
- JOURDAN. — Thèse, Paris, 1887.
- BAISSADE. — Thèse, Montpellier, 1876.
- TALAIRACH. — Thèse, Montpellier, 1876.
- MAILLOT. — Traité des Fièvres.
- DUTROULEAU. — Maladies des européens dans les pays chauds.
— Epidémie dysentérique de St-Pierre (Martinique).
- LENOIR. — Thèse, Paris, 1874.
- ANTOINE. — Thèse, Paris, 1873.
- MONTFALCON. — Traité des marais.
- JOUSSET. — Thèse, Paris, 1872.
- FAYRER. — Tropical Diseases.
- DAULLÉ. — Thèse, Paris, 1857.
- PROUST. — Traité d'hygiène.
- F. DE CHAUMONT. — Revue d'hygiène, 1879. (Transmission de

- la fièvre palustre par l'eau, p. 102. Army médical reports.
(Volume XVII) article du major Taught.
- MOORE — Manuel of diseases of India.
- BARALLIER. — (Article dysenterie). Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.
- J. MAHÉ. — Hygiène navale.
- FOUSSAGRIVES. — Hygiène navale.
- O. St-VEL. — Maladies des régions tropicales.
- NIELLY. — Pathologie exotique.
- BORDIER. — Géographie médicale.
- BOUDIN. — Géographie médicale (1884).
- LOMBARD. — Climatologie médicale.
- HOSPÉL. — Traité des maladies de l'Algérie (1850).
- BOURGAREL. — Thèse, Montpellier, 1866.
- REQUIN. — De la spécificité. (Thèse de concours 1851)
- FOURNIER. — Thèse, Paris, 1864.
- Archives de médecine navale (passim). janvier 1886.
- GESTIN. — Thèse, Paris, 1857.
- FALLIER. — Thèse, Paris, 1861.
- DESTRAIS. — Thèse, Paris, 1872.
- JACCOND. — Pathologie interne T. II.
- Gazette médicale de Paris, (1870). Leçon sur la dysentérie.
(C. Paul.)
- CH. PERUY. — Thèse, Montpellier, 1847.
- TROUSSEAU. — Leçons de clinique médicale.
- COMBAY. — Traité de la dysenterie des pays chauds.
- PORRE. — Traité de fièvre bilieuse et, typhoïde.
- LANGÉLIER-BELLEVUE. — Etiologie, formes et traitement de la dysenterie endémique de St-Pierre (Martinique). Thèse, 1877.

